

国際医療福祉大学審査学位論文（博士）

大学院医療福祉学研究科博士課程

行政保健師の家族支援実践力尺度の開発
—母子保健における実証的検討—

平成 29 年度

保健医療学専攻・看護学分野・公衆衛生看護学領域

松坂 由香里

和文要旨

行政保健師の家族支援実践力尺度の開発

—母子保健における実証的検討—

松坂由香里

本研究の目的は、行政保健師の家族支援実践力尺度を開発し、母子保健における尺度の活用可能性について検討することである。

文献検討と保健師への面接調査に基づき、尺度原案を作成した。全国市区町村の母子・高齢者保健分野の保健師 1500 名を対象に、質問紙調査を行った。

Cronbach's α 係数の算出、因子分析、再テスト法等による信頼性・妥当性が確保され、7 因子 78 項目からなる尺度が開発された。

さらに、全国の母子保健を担う保健師への質問紙調査により、尺度の妥当性を確認し、家族支援実践力とその関連要因を明らかにした。その結果、保健師としての経験、学習経験や自身の取り組みの個人要因、職場の学習・支援体制の 3 要因が抽出された。

本尺度は保健師の家族支援実践力を測定する信頼性・妥当性を有し、母子保健分野において、保健師個人の実践力評価や実践力向上につなげる職場の体制構築などに活用できる。

キーワード：行政保健師 家族支援実践力 尺度開発 母子保健

**Development of a scale facilitating the assessment of public health nurses’
practical skills for family support**

-An Empirical Study on Maternal and Child HealthCare -

Yukari Matsuzaka

A scale to measure the family support skills of public health nurses working in administrative bodies was developed, and its usability in maternal and child healthcare was examined.

Based on the findings obtained through literature reviews and interviews with public health nurses, a draft was created and used for a nationwide questionnaire survey, involving 1,500 public health nurses engaged in municipality-led maternal, child, and geriatric health care services.

After confirming the reliability and validity of the draft by calculating Cronbach’s α , performing factor analysis, and conducting the test-retest, a scale, consisting of 78 items of 7 domains, was developed.

Using this scale, another nationwide questionnaire survey was conducted, involving public health nurses engaged in municipality-led maternal and child health care services. The results confirmed the validity of the scale, clarified the nurses’ family support skills, and identified related factors, represented by <experience as a public health nurse>, <personal factors> such as learning experience and personal approaches, and <learning and support systems in the workplace>.

Exhibiting sufficient reliability and validity to measure public health nurses’ family support skills, the developed scale may be applicable in maternal and child healthcare to evaluate such nurses’ practical skills and establish systems to improve them in their workplaces.

Keywords:

public health nurses, family support skills, development of a scale, maternal and child healthcare

目 次

第 1 章 研究の背景と目的

I. 研究の背景	1
II. 研究目的	2

第 2 章 文献の検討

I. 行政保健師に求められる能力	4
II. 行政保健師の家族支援に関する研究	5
1. 行政保健師の家族支援に関する実践能力・技術	5
2. 母子保健分野における保健師の家族支援	6
3. 母子保健分野以外の保健師による家族支援	8
III. 行政保健師の能力や実践力に関する先行研究	10

第 3 章 本論文の構成と用語の定義

I. 研究の全体像（研究の構成）	12
II. 用語の定義	13

第 4 章

研究 1. 行政保健師の家族支援実践力尺度の開発—信頼性・妥当性の検討—

I. 目的	14
II. 方法	14
1. 尺度の原案作成	14
1) 文献検討による項目の抽出	14
2) 保健師への面接調査による質問紙の開発	15
3) 表面妥当性の検討	31
2. 尺度の開発	31

研究 1-1：尺度の構成および尺度の信頼性・妥当性に関する検討

1) 調査対象	31
2) 調査期間・デザイン	31

3) 調査項目	31
4) 分析方法	33
研究 1-2 : 再テスト法	
1) 調査対象	33
2) 調査期間・デザイン	33
3) 分析方法	33
3. 倫理的配慮	33
III. 結果	33
1. 尺度の構成および信頼性・妥当性の検討	34
1) 対象者の概要（基本属性）	34
2) 尺度原案の項目に関する記述統計量	35
3) 項目の検討と因子分析	37
4) 信頼性の検討	40
5) 妥当性の検討	40
2. 再テスト法による信頼性の検討	43
1) 対象者の概要	43
2) 信頼性の検討	43
IV. 考察	43
1. 家族支援実践力尺度の信頼性と妥当性	43
2. 行政保健師の家族支援プロセスと支援内容	45
3. 研究 1 のまとめ	45

第 5 章

研究 2. 母子保健に携わる保健師の家族支援実践力の実態とその関連要因

I. 目的	47
II. 方法	47
1. 研究デザイン	47
2. 調査対象者	47
3. 調査期間	47
4. 調査方法	48

5. 調査内容	48
6. 分析方法	50
7. 倫理的配慮	50
III. 結果	51
1. 対象者の属性	51
2. 家族支援実践力の回答状況	53
3. 母子保健活動における家族支援時に自身で能力向上にむけて行っていること	55
4. 職場の学習環境・サポート体制の現状	55
5. 対応困難な事例に関わった際の対応	56
6. 家族支援実践力と保健師経験および業務との相関	57
7. 家族支援実践力に関連する要因	57
IV. 考察	61
1. 母子保健を担う保健師の家族支援実践力の実態	61
2. 母子保健業務を担う保健師の家族支援実践力に関連する要因	62
1) 第1因子「家族への直接的支援」	63
2) 第2因子「アセスメントと目標設定」	63
3) 第3因子「家族支援の評価」	64
4) 第4因子「家族理解のための情報収集」	65
5) 第5因子「支援の必要な家族の発見」	65
6) 第6因子「地区活動をベースにした家族支援」	66
7) 第7因子「家族支援チームの形成」	67
8) 研究2のまとめ	68

第6章 総合考察

I. 保健師個人の実践力形成に向けて	71
II. 組織全体の実践力向上を目指して	
ーサービスの標準化に向けた評価指標としての活用ー	73
III. 研究の独創性	74
IV. 研究における限界と今後の課題	74

第7章 結論	77
謝辞	79
文献一覧	80
資料リスト	90

第1章

研究の背景と目的

I. 研究の背景

少子化や核家族化に伴い、介護や育児などの生活体験が少なくなり、また、女性の就労などによって育児力、介護力などの家族のケア機能が低下していると言われている^{1)~2)}。介護保険制度などのサービスが導入され、家族が活用できる社会資源は増えつつあるが、医療機器を装着したまま、早期に在宅への移行が与儀なくされるケースをはじめ、家族への負担が増加している現状がある。このような中で、病気や障害などの健康問題を抱えた患者のみならず、家族への看護ニーズが高まっている³⁾。

医療機関における家族への支援に関する先行研究では、入院患者の家族に対する看護師の関わり⁴⁾や小児看護領域^{5)~6)}をはじめ、様々な看護領域^{7)~9)}における対象家族の理解やケアのあり方、看護師の家族看護に対する意識^{10)~13)}などが調査され、家族支援の重要性が明らかにされている。

生活の場である地域で保健活動を実践する行政機関に勤務する保健師（以下、行政保健師とする）は、医療機関での看護とは異なり、社会の要請や生活実態の変化に機敏に対応し、生活習慣病、児童・高齢者虐待、認知症高齢者、精神障害をもつ患者と家族など地域の様々な健康問題の解決に力を尽くしてきた¹⁴⁾。その活動において、個人・家族への個別支援をはじめとして、グループ・集団、地域を対象として地域全体の健康維持・増進を目指し、従来から地域で生活する家族ユニットを対象として看護を行っている¹⁵⁾。家族をケアの対象として捉え、家族自らが健康問題を解決し、健康的な生活を実現できるよう支援すると同時に、家族の健康問題から地域の問題を捉え、地域看護活動を展開している。したがって、地域保健活動を推進していくためにも家族への支援は重要である。

保健師の家族に対する支援として、Zerwekh¹⁶⁾は家庭訪問における保健師の実践能力を質的研究によって明らかにし、家族が自分でできることを励ます点を中心とした家族ケア提供モデルを提示している。また、家庭訪問における家族看護介入¹⁷⁾などの研究がみられ、地域において保健師がどのように家族へ働きかけているのか等の知見が積み重ねられている。

一方、家族支援に関する評価指標の開発は、精神科看護師を対象とした家族看護実践尺度

18)や小児科で働く看護師の家族看護実践に関わる Belief scale¹⁹⁾、高齢者訪問看護における家族支援の質指標²⁰⁾等の報告がある。しかし、家族に対する直接的なアプローチをはじめ、家族支援を通して地域保健活動へと発展させていく保健師の活動は体系的に整理されておらず、家族支援の能力を測定するツールは見当たらない。

行政保健師を対象とした能力やスキルについては、公衆衛生基本活動遂行尺度²¹⁾や事業・社会資源創出に関するコンピテンシー尺度²²⁾、施策化能力評価尺度²³⁾などの先行研究がみられる。事業化・施策化への取り組みが注目されるが、行政保健師に期待される実践能力^{24)~25)}で示されているように家族への支援は、地域保健活動の基盤になるといえる。

したがって、行政保健師の家族支援の内容が明確化され、その評価が可能になれば、保健師の実践力への向上に活用でき、質の高い保健活動につながると考えられる。

そこで第一に、行政における保健師の家族支援内容を明らかにし、その実践力を測定する尺度を開発することが必要であると考えた。

また、母子保健分野においては、平成 27 年に妊娠期から子育て期に至る切れ目のない支援を実施するワンストップ拠点「子育て世代包括支援センター」が市町村に立ち上げられた²⁶⁾²⁷⁾。保健師の家族支援の実践力は、その切れ目のない支援を展開する基本になる。

母子保健業務を担う保健師は、子どもの発育・発達への支援のみならず、育児不安、発達障害が疑われるケース、乳幼児虐待予防など家族を対象に対応すべき課題は幅広い²⁸⁾²⁹⁾。家族支援の機会が多く、さらに対応が難しい事例へ関わらざるを得ない現状にある母子保健業務を担う保健師は、家族支援実践力の修得・向上が求められている。

その一方で、保健師の勤務体制は分散配置が進み、母子保健分野は新任期にある者など経験が浅い保健師が配置されることが多く、困難事例への対応が難しい現状にある。よって、母子保健分野に勤務する保健師の家族支援実践力を強化していくための検討が必要である。

II. 研究目的

本研究の目的は、行政保健師の家族支援実践力を測定する尺度を開発し、母子保健における尺度の活用可能性について検討することである。

この目的を達成するために、研究は以下の 2 段階「研究 1」および「研究 2」から構成される。

研究 1：行政保健師の家族支援実践力尺度の開発－信頼性・妥当性の検討－

行政保健師の家族支援実践力を測定する尺度を開発し，信頼性・妥当性を検討する．

研究 2：母子保健業務に携わる保健師の家族支援実践力の実態とその関連要因

- 1) 母子保健業務を担う保健師を対象として，研究 1 で開発した家族支援実践力尺度の信頼性・妥当性を再確認する．
- 2) 行政において母子保健業務に携わる保健師の家族支援実践力の実態とその関連要因を明らかにし，実践力向上にむけての示唆を得る．

第2章

文献の検討

I.行政保健師に求められる能力

我が国では少子高齢化の進行や生活スタイルや価値観の多様化などに伴い、地域保健を取り巻く状況はめまぐるしく変化している。保健師が直面する健康課題は、虐待や健康危機、生活習慣病など幅広く、これらの問題に対応するために、保健師には高い実践力が必要とされている³⁰⁾。

一方、保健師の仕事は他職種や住民から「見えにくい」「理解しにくい」と言われることがある。保健師自身が日々の実践経験を通して培う技術や能力は「暗黙知」といわれ、保健師自身が自らの能力について他者へ説明することが難しい場合がある。保健師の実践能力をいかに測定するかという問いは、研究者のみならず、現場で働く保健師にとっても課題のひとつといえる³¹⁾。

保健師の実践能力として、公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会³²⁾は、保健師の実践能力を4群に分け、構造化している。保健師としての「基本的能力」群の上に、「個人・家族支援能力」「地域支援能力」「地域の健康開発・変革・改善力」群が積み重ねられるものと示され、家族支援能力は実践力のひとつとされている。

また、厚生労働省は「新人看護職員ガイドライン～保健師編～」³³⁾において、保健師活動の実践能力を看護師・保健師基礎教育で修得した知識・技術・態度を基盤とした上で、専門職としての能力、組織人としての能力、自己管理・自己啓発に関する能力の3つの能力をあげている。その専門職としての能力には、①個人・家族・小グループへの支援、②集団・地域への支援、③施策化能力から構成されており、家族への支援は保健師活動における主要な実践力として位置づけられている。

さらに、平成28年3月には厚生労働省より「保健師の人材育成ガイドライン」³⁴⁾が示され、保健師のキャリアラダーや能力向上に対する支援体制の必要性が示された。そのガイドラインにおける保健師の専門職としての活動能力は、対人支援活動、地域支援活動、システム化・施策化のための活動、管理的活動があげられており、「家族支援」は対人支援活動の能力として明示されている。

米国では Public Health Section of the American Public Health Association(PHN APHA)³⁵⁾が、保健師の実践能力について、地域の文化を踏まえたうえで、個人・家族・集団・地域の健康問題をアセスメントし、その健康の維持・増進に努めるための必要な技術・能力としている。

このように家族への支援能力は、地域保健活動の基盤になるものと捉えることができ、その能力を修得・向上させることが不可欠である。

II.行政保健師の家族支援に関する研究

1.行政保健師の家族支援に関する実践能力・技術

Hamilton ら³⁶⁾は熟練保健師の実践知を明らかにするために、保健師の実践にまつわる話を引き出す重要性について指摘している。その考えに基づき、Zerwekh³⁷⁾³⁸⁾は熟練保健師の面接調査を通して、保健師の実践能力について『家族が自分でできることを励ます』ことを中心とした家族ケア提供モデルを示した。このモデルは、「家族をみつめる」「信頼関係を構築する」能力を基盤として、「家族の力を養う」「家族間の理解をうながす」「資源を活用する」といった能力を用い、家族が自分たちの生活に責任をもち、よい選択ができる能力を育めるように『家族が自分でできることを励ます』という実践を明らかにしたものである。

また、Smithbattle ら³⁹⁾は、日々の実践において認識されにくい保健師の専門性について検討し、クライアントの個別性を尊重していることや社会の底辺にいる家族に向けた実践として政策へ反映させる活動を行っている点を提示している。

日本では、佐藤⁴⁰⁾が発達に遅れのある児をもつ家族と高齢者介護を行っている家族への家庭訪問の内容から、保健師は家族との信頼関係づくりを基盤に、家族員一人ひとりの健康生活を支える援助と育児や介護のケア力を高める支援を行っていると述べている。

入江⁴¹⁾は保健師へのインタビュー調査から保健師の訪問活動における家族アセスメントについて分析している。家族アセスメントツール(項目)として、実際の生活を観察する、生活歴を聞く、疾病の認識状況の把握などの10項目を示した。また、家族から表出される問題と潜在化している問題に分けて、アセスメントが行われ、家族との信頼関係の兆しを察知した段階でアセスメント結果を踏まえた支援を行っていくプロセスを明らかにした。

鈴木ら⁴²⁾は在宅看護場面での保健師の行動に焦点を当て、その特徴について考察している。保健師の家庭訪問へ参加観察して得られたデータを質的に分析し、「問題の明確化と家族との問題の共有」「知識・技術の提供、他職種との協力による問題解決・回避とその個別化」「家

族の問題対処の補足と強化」「家族との関係性維持と発展」等の行動について抽出している。

田村⁴³⁾もまた、家庭訪問による保健師の意図と行為から家庭・地域生活に見合った援助の特徴について7事例を調査した。結果として、家族の関係性に配慮し、家族員各々の思いや希望を尊重すること、家族が日々行っている方法を尊重し、介護や育児に自信をもって取り組めるようにすること、地域社会とのつながりを維持することを提示している。

また、入江⁴⁴⁾は保健師の家族看護介入能力を、家庭訪問の場面での介入状況とその能力の認識について質問紙調査を行い、分析している。その結果、「関係機関との調整」「家族の感情表出」「地域からの働きかけ」などは必要性の認識が高く、「タッチング」「患者・家族とともに共通の体験をする」「代行行為」等の能力の必要性に対する認識は低値であること、さらに、家庭訪問で対象家族への支援で困ったことがある保健師は68.3%を占めていたと報告している。

高橋⁴⁵⁾は、熟練保健師の家庭訪問における支援技術を思考と行動面から明らかにし、8つの概念を抽出した。その概念の中に家族への支援が含まれており、状況をよく観察する、家族の力を見積もる、家族内の支援者と実権者の見極め等を行っていることを示している。

このように家族支援が不可欠である家庭訪問において、保健師の実践能力や活動の特徴を明らかにしようとした先行研究が多くみられ、知見が積み重ねられている。しかし、保健師は、家庭訪問のみならず、健康診査や健康相談、グループ活動など様々な活動を通して家族支援を行っている。そのため、家庭訪問だけにとらわれず、保健師の日頃の実践活動においてどのような家族支援技術を用いているのかをより明確化していく必要があると考えられる。

2. 母子保健分野における保健師の家族支援

保健師は、保健婦規則制定から一貫して社会のニーズ、行政施策の変化と直接関連して国民の健康課題に取り組んできた。その中でも母子保健活動は、昭和30年代の早い段階からスタートして、栄養状態の改善や発達保障から虐待防止、育児支援など、社会の変化とともに健康課題の困難度が増していると指摘されている⁴⁶⁾。我が国の母子保健対策では、保健師がその中心的な役割を果たしてきたが、現在でも家族の育児力を高めるための支援や児童虐待防止、子どもの貧困問題への対応など保健師活動の中心的な活動である。

渡部ら⁴⁷⁾は保健師への面接調査から、育児不安をもつ母親に対する家庭訪問初期の保健師の介入方法を分析している。介入に際しては「根気強い関わり」や「母親の思いを表出できるよう信頼関係構築のための共感・傾聴」の姿勢をもち、「育児不安に関係する情報収集と判断」

を行い、母親にとって「わかりやすく目にみえる実践的な支援」等を明らかにした。また、小尾ら⁴⁸⁾は乳幼児健診やその後のフォローにおいて保健師がどのように支援しているのか調査し、家庭環境を含めた情報収集と判断、相談事業につなぐ、経過を追って観察するといった支援内容を示している。

発達障害児をもつ家族に対する支援内容に着目した研究や報告もいくつかみられる。中山ら⁴⁹⁾⁵⁰⁾は、保健師への面接調査を通して、就学前の発達障害児をもつ家族に対する保健師の支援技術について、家族の療育力の把握、子どもへの関わり方のアドバイスなど家族が療育の力をつける支援をベースに、集団生活の場につなげること、さらに保育士や専門機関と連携した継続支援を行っていることを示した。高橋ら⁵¹⁾は発達障害児と家族への就学支援に関して、保健師は支援の見通しをもち、障害を受け入れるサポートや子どものよい面を伸ばす視点をもてるように働きかけていたと報告している。

また、発達障害児（疑いを含む）に対して保健師が乳幼児健診後にどのような支援をしているかを明らかにした研究⁵²⁾がみられる。その結果、家族への育児疲れや母親の人間関係を含めて家庭環境の情報判断があること、加えて、臨床心理士の相談や療育相談の紹介など他職種・活用できるサービスへ結びつける支援を行っていることを示した。さらに、発達に課題をもつ子どもや育児不安をもつ母親を集団の場につなぐ保健師の活動を岡田ら⁵³⁾は調査しており、家庭訪問に加えて、健診や集団支援など様々な保健活動での家族への働きかけやサービスにつないでいく実践の一端が提示されつつある。

母子保健活動においては、児童虐待の防止は重要な課題である。Oldsら⁵⁴⁾は看護職による家庭訪問の効果について、妊娠中の経過が良好であること、虐待と思われる事故や外傷の発生率の低下、母親自身の安定などにつながる点を明らかにしている。

上野ら⁵⁵⁾は虐待が疑われる家族に対して、保健師が家庭訪問で母親とどのように信頼関係を築き、支援しているのかを導き出すために、保健師22名への面接調査を行っている。支援のプロセスは2段階あり、①信頼関係形成までは「関わりの糸口を探す」「心地よい関係をつくる」「保健師を信用してもらおう」支援を行っており、②信頼関係形成後は「母親が生活しやすくなるように支援する」「母親の気持ちを揺さぶる」「母親の気持ちを外に向ける」支援をしていることを示した。虐待が疑われる家族は、自ら援助を求めてくることは少なく、保健師との関係づくりに細心の配慮が求められることがうかがえる。

児童虐待防止のために医療機関と地域保健機関での看護職の支援と連携に関しては、荒井ら⁵⁶⁾の調査がみられる。地域保健機関である市町村および保健所の保健師は、母親のサポーター

となり、家族全体を支援の対象と捉えて、医療機関や保育園等の関係機関との情報共有などの連携をはかり、社会資源を活用して地域住民と家族を見守る体制をつくるという地域に密着した支援を行っていることを明らかにした。

児童虐待の予防に向けて、近年では個別での対応だけでなく、グループを活用したフォローが実施されている。本郷ら⁵⁷⁾は児童虐待の予防のため、マザーグループへの参加を促した保健師の支援内容について報告している。細やかな関わりにより家族と信頼関係を築き、個別支援からグループ支援の必要性を見極め、グループへの参加を促していること、さらにグループへの参加後も個別とグループ双方の支援を行い、支援の輪を広げ、つかず離れず継続支援を行っていた。

継続的な支援の実際については清水ら⁵⁸⁾が、中堅以上の保健師への面接調査を行い、養育支援が必要な家族への保健師の援助を抽出している。対象家族の問題解決・改善に向けて、家族の健康問題に対応した援助、家族成員の関係性向上への援助、家族の社会資源利用の援助を行っていることを示し、具体的な援助内容は育児相談、看護ケア、指導・助言・社会資源の紹介等であり、家族のセルフケア能力を高める援助を実践したと述べている。

以上のように、母子保健分野においては育児不安や発達障害、虐待が疑われる事例への対応に加えて、集団の場およびグループ支援の活用、継続支援の実際など幅広く家族への支援が行われていることがわかる。また、それに合わせて保健師の支援技術・支援内容が明らかにされてきている。しかし、保健師活動の様々な場面で用いられる支援技術が網羅され、実践力のチェックができるツールはみられない。活動全般での支援技術を体系化し明確にすることによって、保健師の実践力に対する評価や状況に合わせた対象家族への支援の検討などへの活用が期待できると考える。

3.母子保健分野以外の保健師による家族支援

人口の高齢化に伴い、認知症や介護を要する高齢者数が増加傾向にあり、高齢者保健の分野においても家族への支援は必須である。高齢者の介護については、Zaritらの介護負担に注目した研究⁵⁹⁾にはじまり、負担などの否定的側面に加えて、介護の肯定的側面を考慮する重要性が報告されている^{60) 61)}。

長谷川⁶²⁾は、家族介護における主介護者の肯定的認識に着目した看護援助について、6事例の家庭訪問から明らかにした。その結果、肯定的な認識の内容は「介護実践」「要介護者の心身の健康」「主介護者と要介護者の関わり」「要介護者と家族の関わり」「外部支援者」「外

部資源」「主介護者自身の生活の充実」等があげられ、主介護者である家族員の介護実践力を高め、外部資源を活用し、要介護者の健康状態を保つ支援が行われていたことを示している。

また、認知症高齢者と生活する家族に対する研究として、家族のメンタルヘルスを維持するための支援⁶³⁾や認知症患者を抱える家族のシステム対処の特徴⁶⁴⁾、早期から家族をサポートする必要性⁶⁵⁾など、家族を対象として捉え、支援のあり方を検討する研究がみられている。

介護保険制度によるサービスの活用や地域包括支援センターによる身近な地域での支援体制の整備に伴い、行政保健師が直接、家族へ支援を行う機会は少なくなってきたが、対応困難な事例や高齢者虐待が疑われる事例など、従来に比べてより支援が難しく、他機関・他職種とチームを組んでの対応が不可欠な事例への支援が今後、ますます求められる。

大船ら⁶⁶⁾は難病患者・家族支援において保健所保健師が果たしている役割を実践活動の振り返りから明らかにしている。その中で家族への支援としては、専門知識や情報の提供、学習会内容のニーズ把握や企画、参加できない家族へ理由を確認し現状確認をする、家族同士の交流の場をつくる、地域ケアシステム推進のための関係者との検討等の実践を提示した。また、地域において難病患者の家族に対する看護活動について時長ら⁶⁷⁾は、保健師が「家族が病気を理解し介護できる」「家族の気持ちを支え、家族らしい生活を維持する」「家族の対処力を強化し柔軟に生活を構築する」「家族の意向を尊重しつつ社会資源を活用できる」よう看護活動を行っていると報告している。難病患者とともに生活する家族は、診断時や病状の悪化時などには治癒が見込めず、今後の生活への不安を生じやすい。適切な情報提供や疾患の理解へのサポート、同じ立場の仲間と出会う機会をつくる、地域での支援体制を整備するといった活動は行政機関に所属する保健師として重要な実践といえる。

精神障害者を抱えた家族への支援に関しては、新井⁶⁸⁾が家族の自立に向けて保健師がどのような支援技術を用いているのか調査している。7つの支援技術として、関係性を結ぶ技術、対象を把握する技術、家族を評価する技術、正しい知識を提供する技術、家族の社会性を促す技術、家族内調整を促す技術、関係機関と連携する技術を抽出し、特に相談初期の関係性の構築と対象理解を重視し、その上で状況に応じた支援を行っていることを提示した。兼平ら⁶⁹⁾は精神障害者を対象とした家庭訪問に必要なスキルを検討している。その中で家族に対しては、家族の気持ちを引き出す、家族の関係性を意識しながら面接する、潜在的な問題を把握し伝える等のスキルを用いていると述べている。

精神障害者は病状の安定が地域での生活継続に結びつくことも多いため、統合失調症者を治療につなげる際の家族支援⁷⁰⁾、治療の中断のおそれのある精神障害者を医療につなげる際の

保健師の技術⁷¹⁾、近隣住民から苦情が出た精神障害者の家族を支援するための課題分析⁷²⁾といった精神保健分野に特徴的な家族支援に関する研究も報告されつつある。

このように母子保健分野にとどまらず、高齢者の在宅介護や難病患者、精神障害者とその家族への支援なども地域保健活動を担う保健師が取り組むべき重要な課題である。そのため、様々な保健分野において家族支援の研究が蓄積されてきていることがうかがえ、保健師活動に有用であると考えられる。しかしながら、先に述べたように、家族支援技術については体系的に整理されているとは言い難く、保健師が用いる支援技術の明確化が求められる。

III.行政保健師の能力や実践力に関する先行研究

佐伯ら⁷³⁾は行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力として、「対人支援能力」と「地域支援・管理能力」の2因子からなる測定用具を開発している。佐伯は保健師の専門職務遂行能力を「公衆衛生看護領域で求められる専門的な知識、技術、態度、行動を含めた能力」としている。この遂行能力は保健師の実践能力として広く知られており、対人支援能力の中に「個人家族」を支援する能力が位置づけられている。その能力は①個人家族をアセスメントする力、②個人家族への看護計画を立案する力、③健康相談で個人家族をサポートする力、④在宅で生活する個人家族を援助する力、⑤個人家族を評価する力の5項目である。しかし、その5項目の内容については具体的に示されていない。また、大倉⁷⁴⁾は行政保健師に期待される実践能力として、「看護過程展開能力」「地域保健活動展開能力」「ヘルスケア提供能力」「マネジメント能力」「情報活用能力」「対人関係形成能力」「豊かな人間性」の7領域にわたる実践能力を示した。さらに大倉は、保健師の経験年数に応じて重要とされる実践能力を明らかにし、経験を積むにしたがって、基本的な看護ケアから地域活動の展開、管理的な能力へと段階的に広く高度な能力が要求されると述べている。その一方で、すべての経験年数において「ヘルスケア提供能力」「豊かな人間性」が期待されていた。

岩本ら⁷⁵⁾は保健師の専門能力の向上を目指して、住民の健康・幸福の公平を護る能力を測定する公衆衛生基本活動遂行尺度を開発している。「アクセスと公平性の促進」「サービスの質と量の評価」「健康危機への予防的対応」の3つの能力を明らかにしている。しかし、この尺度で測定する内容は保健師のみならず、公衆衛生従事者全般に求められるものであり、その活用の可能性を検討するといった課題が残されている。

塩見ら⁷⁶⁾は事業・社会資源創出に関するコンピテンシー尺度を開発している。これは保健師が既存の事業や活動を遂行するだけでなく、社会の変化や住民のニーズに応じて必要な事業

や地域組織などの社会資源を作り上げていくことがより求められるようになってきた状況を踏まえて開発された尺度である。尺度は「創出の必要性の把握」「創出の推進と具現化」「創出に向けた協同」の3因子から構成されている。また、鈴木ら⁷⁷⁾は行政保健師に特徴的な施策化能力の評価尺度をについて研究している。施策化能力を保健師が政策・施策・事業からなる政策体系を踏まえ、公衆衛生の観点から政策目的を達成するために必要な知識・技術・態度・行動と定義し、その尺度開発に取り組み、施策化には「コミュニティパートナーシップ」「地域診断サイクル」の2つの能力が必要とされることを明らかにした。

さらに、岡本ら⁷⁸⁾は保健師の専門性を発展させていくための尺度開発に取り組んでいる。開発された尺度は4因子からなり、「自己責任の能力開発」「人に学ぶ能力開発」「専門性の伝承と発展」「活動原則の励行」であることを明らかにした。これらの4因子は大きく自己要因と職能要因に関連していることが示唆され、専門職としての能力を継続的に伸ばしていく観点から有用な尺度であると思われる。岡本はまた、保健活動の必要性を見せる行動尺度も開発している⁷⁹⁾。健康課題の解決を目指した保健活動を展開していくためには、その必要性を上司や住民に見せることからスタートする。その保健活動の必要性を示していく能力は4つあり、「健康課題の存在を見せる」「健康課題の根拠を見せる」「解決を要する実態を見せる」「解決の優先度を見せる」というものである。

一方、保健師の分散配置が進む中、保健師間でも他部署の保健業務内容の理解が難しくなり、また、地域全体や保健活動全体を捉えて活動する困難さ等の問題が起こっている。この問題への対応として統括保健師の配置が推奨されている⁸⁰⁾。鳩野ら⁸¹⁾は市町村統括保健師の役割遂行尺度の開発を試みている。その結果、「自治体全体の保健活動の推進」「職能代表としての調整の遂行」「部下の保健師の能力開発」の3因子を明らかにした。

行政保健師に必要とされる能力や実践力に関しては、これまで述べてきたように尺度開発が進められている。しかしながら、地域保健活動の基盤になる家族支援の実践力や技術を評価する尺度はみられない。よって、保健師の実践力のひとつである家族支援に関する実践力を評価できる尺度の開発が必要である。

第3章

本論文の構成と用語の定義

I. 研究の全体像（研究の構成）

本研究は前述したように、研究1および研究2から構成される（図1）。

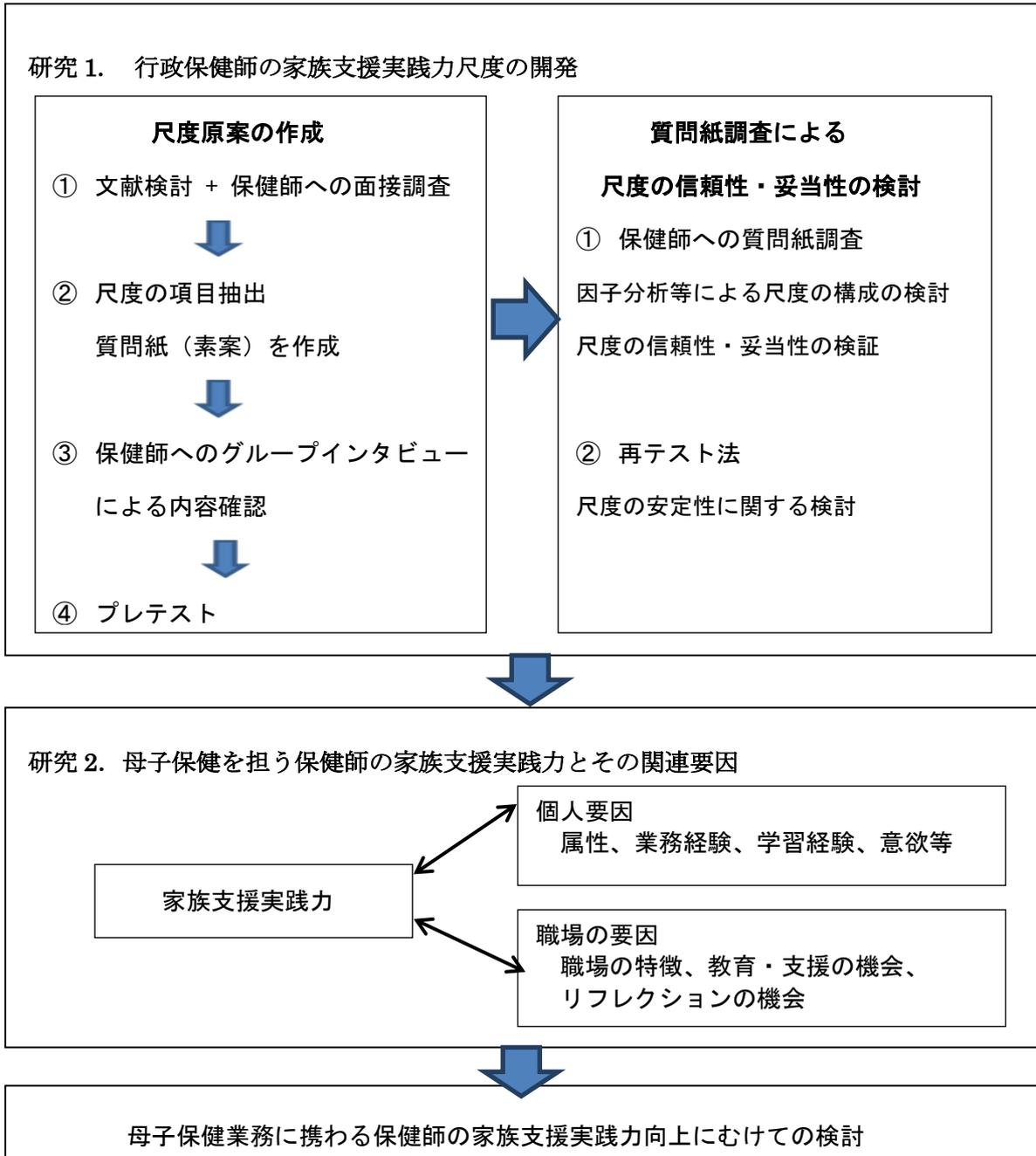


図1.本研究の構成

II. 用語の定義

本研究で用いる用語の定義は以下のとおりである。

1. 行政保健師の行う家族支援

家族が健康問題を解決し、健康的な生活を実現できるように支援することであり、行政における保健師活動に特徴的な健診等をはじめとする日頃の活動から支援の必要な家族を見つけることや長期的なケースマネジメントを含むものとする。また、家族への直接的な支援だけでなく、社会資源や関係職種・機関につなぐといった地域社会への働きかけ⁸²⁾⁸³⁾までを家族支援として捉える。

2. 家族支援実践力

家族支援にあたり、看護の専門的知識に基づいて提供される技術であり、目的と根拠をもち、その時の状況の中で最適な支援を行う能力とする。知識や技術に加え、態度、思考力、価値観などの要素が含まれるものとした。

第4章

研究1. 行政保健師の家族支援実践力尺度の開発 —信頼性・妥当性の検討—

I. 目的

本研究は、行政における保健師の家族支援実践力を測定する尺度を開発し、その信頼性と妥当性を検証することを目的とした。

II. 方法

家族支援実践力尺度の作成プロセスは次のとおりである。

まず、尺度の原案作成にあたっては、1) 文献検討による家族支援実践項目の抽出、2) 行政保健師への面接調査（質的研究）による質問項目の開発のプロセスを経た。次に、原案の表面妥当性を検討するために、保健師へのグループインタビューによる内容確認と意見聴取を行い、その後、プレテストを実施した。

また、尺度開発のため、原案の質問紙を使用した自記式質問紙調査を行い、尺度の構成に対する検討および信頼性・妥当性を検証した。さらに、再テスト法により再現性を確認した。以下にこれらのプロセスにそって、その内容を説明する。

1. 尺度の原案作成

1) 文献検討による項目の抽出

行政保健師が実践している家族への支援のプロセスと家族支援の内容を明らかにするために、以下の条件で先行研究を抽出した。医学中央雑誌（Ver.5）および CiNii データベースを用い、「保健師」and「家族看護」、「公衆衛生」and「家族」、「地域」and「家族」をキーワードとして会議録を除き、検索した。検索期間は1988年～2012年としたが、1994年以前は文献数が極少数あるいは該当なしであった。日本では1992年に東京大学、千葉大学に家族看護学講座が設置され、家族に対する看護への理解が深まり、実践や研究が蓄積されてきた経緯がある。したがって、対象とする文献の抽出期間は、1994年～2012年とした。なお、文献の選定にあたり、今回の抽出においては行政保健師の家族支援に焦点を当てるため、訪問看護師の支援に関する文献は除外した。

会議録，重複文献を除き，保健師の家族支援に関して具体的に記述されている 23 文献を対象文献とした。

文献に記載されている家族への支援内容を読み取り，コードとした。コードの類似性に着目して，カテゴリー化を進めた。また，先行研究の他に，家族看護・支援に関するテキスト等に記載されている内容を加え，保健師が実践している家族支援プロセスと支援項目を検討・抽出した。

保健師の家族支援プロセスは，①支援が必要な家族をみつける活動，②アセスメント・計画立案，③実施，④評価に分類することができ，各プロセスにおける支援内容を読み取り，整理した。抽出した家族への支援内容の項目は，以下の面接調査の結果とともに，表 1-1 (表 1-1-1～表 1-1-4) に示した。各々の表において文献欄に○印があるものは，文献検討から抽出したコードである。

2) 保健師への面接調査による質問項目の開発

K 県内の行政機関に勤務している経験年数 5 年以上の保健師 9 名を対象として，個別に面接調査を行った。

調査内容は，支援を必要とした家族を想起してもらい，どのような働きかけをしたか，支援プロセスについて語っていただいた。その際に，保健師としての判断・考えたこと，実施したことを具体的に聴取した。インタビューガイドは資料 1-3 のとおりである。

面接内容を逐語録に起こし，データとした。データを熟読し，行政保健師が行っている家族への支援内容を抽出し，コードをつけた。コードの類似性に着目して，カテゴリー化を進めた。前述した文献検討に面接調査の分析を加えて得られた「行政保健師の家族支援」の内容は表 1-1 (表 1-1-1～表 1-1-4) に示したとおりである。なお，表中の面接欄に○印があるものは，面接調査から抽出したコードである。

これらの内容を踏まえて，質問項目（尺度の素案）を作成した。作成した質問項目については表 1-1 (表 1-1-1～表 1-1-4) に合わせて記載した。

質問項目の作成にあたっては，文献検討および面接調査のサブカテゴリーレベルでの分析結果から項目を抽出して検討を進めた。保健師が実践力を評価するツールとして使用する際には，サブカテゴリーレベルでの具体的な内容で質問項目を設定することが適切であると考えたためである。一例を示す。表 1-1-2. 『情報収集・アセスメント・計画立案』において，「5.生活状況を把握する」というサブカテゴリーには，生活状況の具体的な把握，生活スケ

ジュール、環境や暮らしぶりから実態をみる等のコードが含まれるが、それらは家族の生活状況に関する情報収集であることから、質問項目は【家族の生活状況について情報収集できる】と設定した。

しかし、100を超える項目数では回答に負担を伴うことから、類似したサブカテゴリーに含めて質問項目が設定可能なものは統合した形で項目を作成した。

それに該当する項目は、『情報収集・アセスメント・計画立案』および『実施』におけるサブカテゴリーである。統合した内容について、以下に述べる。

情報収集・アセスメント・計画立案のサブカテゴリー「10.家族の社会性を把握する」は、家族の社会とのつながりを確認する等のコードから構成されており、「9.家族の生活している地域性を把握する」に含め、質問項目【近隣などの環境を把握できる】とした。

「12.健康状態・受診に関する家族の理解度を確認する」は、「11.健康状態・受診状況を把握する」ことに包含できると考え、その内容は病歴やストレス解消についても確認することとした。

「25.身体状態の変化・受診の必要性を判断する」は、「26.情報を統合してアセスメントする」「27.家族の健康問題・ニーズをアセスメントする」内容の具体性を示したものであると考えられた。

「29.他職種・地域のキーパーソンから情報を得て、判断材料を増やす」は、「30.キーパーソンを見極める」や「33.身近な協力者・地域での支援者を探る」支援プロセスの一部にあたりと判断できたため、質問項目は設定しなかった。

「36.長期的な視点でアセスメントする」と「39.段階的な支援目標を設定する」は、「37.長期目標を立案する」までのプロセスに含まれると思われた。

「40.支援を検討し、計画を立案する」ことは、「41.支援の方向性を家族と共有する」ための前提であり、「44.関係機関へつなげる必要性をアセスメントする」は、「46.チームで支援について検討する」ためのプロセスに含まれるものとした。

次いで、実施に関する質問項目について説明する。家族との信頼関係構築に関するサブカテゴリーである「47.家族との信頼関係をつくる」「48.家族に寄り添う」「49.家族に共感的に関わる」「50.家族の話を傾聴する」「52.気にかけていることを伝える」「54.家族の気持ちを引き出す」は、「51.支援者としての認識を促す」「53.家族の不安・緊張を和らげる」等のサブカテゴリーに含めて具体的な行動レベルで質問項目を抽出した。

また、「60.家族が自分のことを整理できるように関わる」「61.健康問題や家族の能力に

対する気づきを促す」「62.潜在的なニーズを家族が認識できるように関わる」は、「58.現状の認識を促す」ためのプロセスの一部もしくは現状認識後に今後について目を向けることにつながることから、「58.現状の認識を促す」に位置付けて項目を設定した。「64.家族と一緒に考える」「65.家族の気持ちを代弁する」は、「63.家族の考え・価値観を尊重して関わる」行動の一部として扱うことが可能であると考えた。

「68.健康課題の解決に向けて助言する」は、その支援が具体的に示されている「67.家族が身体状況を理解できるように指導する」に含めて質問項目を作成した。「71.家族とともに行う・動く」は、「69.方法や選択肢を提案する」「70.保健師が実施してモデルとなる」ことを通しての実践であると思われ、それらに含めることにした。

「73.育児・介護の具体的な指導を行う」は、「72.家族の理解度に合わせた指導・助言をする」に含め、状況に合わせた具体的な指導を行うと判断できた。

家族の状況や変化に合わせたアプローチである「76.状況を定期的に確認し、継続して見守る」「77.タイミングや関わりを工夫する」「78.家族の決定を待つ」「79.タイムリーに支援する」といったサブカテゴリーは、状況を判断しながら「75.段階的にアプローチする」ことで実践できるものと考えられた。

「83.家族成員間の相互理解を促す」「84.家族が共通理解できるように支援する」は、「82.家族内での役割見直しへの支援」を行うためのプロセスの一部に含まれている。したがって、そのサブカテゴリーの質問項目と合わせて設定した。

「86.家族の主体性を尊重する」「87.家族の対応能力を高める関わり」は、その結果として家族の意思決定につながるため、「85.家族の意思決定できるように情報提供する」プロセスに含まれると考えた。また、「88.家族の強み・頑張りを伝える」の一部として「89.頑張りをねぎらう」「90.前向きになれる声かけをする」を統合して、質問項目を抽出した。

連携・協働の視点においては、「97.関係機関・職種と協力する」ことのステップとして「96.関係機関・職種へつなげる」が位置づけられると推察され、「101.関係機関と情報を共有する」とともに、そのサブカテゴリーに含めることにした。さらに、「100.連絡会や検討会で役割分担する」は、「99.関係者との連絡会や検討会で支援の方向性を検討する」際の一部として捉えた。「102.地域のキーパーソンに協力を得る」は「103.地域での協力・支援体制をつくる」ためのコード内容につながるものであり、広く地域住民に協力を得ることに加えて質問項目が設定可能であると判断できた。

このように、サブカテゴリーの内容がプロセスと捉えられるものや他のサブカテゴリーに

含めて質問項目が抽出できるものは、検討を重ねた上で統合して尺度の素案を作成した。

しかし一方で、尺度を構成する一因子の項目は 8～10 程度は最低限必要であると言われており、サブカテゴリー数が比較的少ない『支援が必要な家族を見つける』および『家族支援の評価』は、サブカテゴリーとコードを吟味して、内容・項目数を検討した上で、質問項目が 7～8 項目となるようにした。以下に例をあげて説明する。表 1-1-1. 『支援が必要な家族を見つける』活動においては「1.健診や相談事業から（支援が必要な家族を）把握」している。それは「健診や教室で気にかかる家族やフォローが必要な家族をキャッチする」という実践を通しての観察や問診などに加えて、「問診票・健診票を入口にして家族支援の必要性を考える」ことが含まれる点から、質問項目は【健診や教室等から支援が必要な家族を見つけることができる】と設定した。

支援プロセスに応じた支援内容で構成される本尺度は、常に実践できれば、高い実践力を有していると考えられる。そこで、これまでの経験に照らし合わせて「常にできる：7 点～全くできない：1 点」の 7 段階で実践状況を確認し、実践力を測る尺度の開発を目指した。

なお、文献および面接調査の分析および尺度の素案に関する検討の全過程においては、公衆衛生看護および家族看護の研究者・実践者と検討を重ね、分析の妥当性を高めるよう努めた。

面接調査にあたっては、神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会の承認を受けて実施した（承認番号：24-018）。

表1-1-1.支援が必要な家族を見つける

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	文献	面接	質問項目(素案)
日頃の活動から 支援が必要な家 族を見つける	1 健診や相談事業から 把握する	健診や教室で気にかかる家族やフォローが必要な家族を キャッチする	○	○	健診や教室等の事業から支援の必要な家族を みつけることができる
		相談事業でフォローが必要な家族を把握する	○	○	日頃の相談事業から支援の必要な家族を みつけることができる
		問診票・健診票を入口して家族支援の必要性を考える		○	
		日頃の保健活動から支援家族を把握する		○	
	2 申請・連絡票から把握する	窓口の相談・申請時の面接で継続支援を判断する	○	○	申請・手帳交付の面接などで支援の必要な家族を みつけることができる
		出生連絡票・申請書類等の内容から支援すべき家族を 把握する		○	
	3 関係者・地域住民から 把握する	他機関からのサマリー・電話連絡による情報提供	○	○	情報提供用紙を活用し、関係機関から継続支援に つなげることができる
		関係機関・職種から情報を収集する	○	○	関係機関から支援の必要な家族の情報を得ることが できる
		地域のキーパーソンから情報を得る		○	地域のキーパーソンから支援の必要な情報を得ること ができる
		近隣・地域住民からの情報・相談	○	○	
	4 地区活動・地域診断を通して 把握する	日頃の地区活動から支援の必要な家族を見つける		○	地域診断からハイリスクグループを把握することが できる
		受け持ち地区の特徴から支援が必要な家族を見つける 地域アセスメントを通して、ハイリスク者・家族を予測し 把握する		○	

※文献検討から抽出されたコードは文献欄に○印、面接調査から抽出されたコードには面接欄に○印をつけて表示した。
(上記は表1-1-2～表1-1-4も同様である)

表1-1-2.情報収集・アセスメント・計画立案

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	文献	面接	質問項目(素案)	
家族の生活に関する情報収集	5 生活状況を把握する	家族の生活状況を具体的に確認する 家族の生活スケジュールを把握する 生活状況を観察したことから、推測する 環境や暮らしぶりから生活の実態をみる 訪問して生活の実態把握に努める	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	家族の生活状況について情報収集できる	
	6 育児・介護の状況を把握する	家族が行っている育児・介護方法や対応を観察する 家族の育児・介護への取り組み姿勢を把握する	○ ○	○ ○	家族が行っている育児・介護・家事等の方法を把握できる	
	7 経済状況を把握する	暮らしぶりから、経済状況を推察する 経済状況を把握する	○ ○	○ ○	経済状況を把握できる	
	8 生活環境を把握する	住居、室内環境の様子をみる 生活の場を直接確認する 本人・家族を取り巻く人や環境を把握する	○ ○ ○	○ ○ ○	屋内環境を把握できる	
	9 家族の生活している地域性を把握する	生活している地域の環境を把握する 家族の生活する地域の特徴(地域性)を把握する その地域の地域性・住民性を理解する	○ ○ ○	○ ○ ○	近隣などの環境を把握できる	
	10 家族の社会性を把握する	家族の社会とのつながりを確認する 家族の社会性を把握する	○ ○	○ ○		
	家族の健康問題に関する情報収集	11 健康状態・受診状況を把握する	本人・家族の健康状態の把握 家族の健康状態・受診状況を確認する 受診・服薬情報を確認する 病歴を確認する 疲労やストレスの程度を確認する 家族のストレス解消方法を把握する 家族の精神状態を把握する	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	家族の心身の状態を把握できる 家族の病歴を把握できる 家族のストレス解消方法を把握できる
		12 健康状態・受診に関する家族の理解度を確認する	受診の必要性や病気に関する理解を把握する 障害・病気の受容について確認する 育児・介護に対するの思いや理解の程度を把握する 家族の生活の変化を確認する	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	
		13 育児・介護による家族の生活への影響を知る	健康問題が家族の生活へどのように影響しているか把握する 身体的・精神的な負担について把握する 経済的な負担状況を探る	○ ○ ○	○ ○ ○	健康問題が家族の生活へどのように影響しているかアセスメントできる
		14 生活歴・生育歴を把握する	家族成員の生育歴を把握する これまでの生活歴を把握する 生活の背景を理解する 家庭環境や交友関係等を知る	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	家族の生活歴を把握できる
家族を理解するための情報収集	15 家族の構造を把握する	家族構成を把握する 拡大家族の状況について把握する 別居している家族や嫁ぎ先の実家の情報を把握する	○ ○ ○	○ ○ ○	家族構成を把握することができる(家系図を描くことができる)	

表1-1-2.情報収集・アセスメント・計画立案(続き)

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	文献	面接	質問項目(素案)		
家族を理解するための情報収集	16 家族の関係性を把握する	家族の関係性を把握する	○	○	家族の関係性を把握できる		
		言動から家族関係を探る		○			
		家庭内での立場、力関係を推察する		○			
		家族成員の距離間、関係性を行動から察する		○			
		家族内での上下関係、力関係を理解する	○	○			
		会えない家族成員の家族内での位置を探る		○			
		別居している家族との交流・関係性を把握する		○			
		個々の家族成員をみつつ、家族全体を捉える		○			
		17 家族の機能・発達段階を把握する	家族内で各々の成員が機能しているか検討する			○	家族の発達段階の達成状況を把握することができる
		家族の対応のスタイルを把握する		○			
家族の発達段階の達成状況を把握する	○						
18 家族成員の性格・特徴をつかむ	家族成員の性格を理解する		○	家族のパーソナリティを把握できる			
	家族のパーソナリティを把握する	○					
	家族の表現のしかた・パターン等の特徴を理解する						
19 家族の考え方・価値観を理解する	家族の考え方を把握する	○	○	家族のもっている考え方・価値観を把握できる			
	家族の価値観を知る		○				
	家族の大切にしているところを把握する		○				
	家族の価値観を共有する		○				
20 家族の力量・強みを把握する	家族のもつ力を探る		○	家族の強みを見出すことができる			
	家族の強みを見出す		○				
	家族成員のよい点を見つける	○	○				
	家族の能力を見極める	○	○				
	本来の家族の姿を知り、支援につなげる		○				
21 家族内の協力・役割を把握する	家族の協力的体制を確認する	○	○	家族内の役割分担やその見直しについて検討できる			
	家族成員の協力の程度を把握する		○				
	実家のサポート状況を把握する		○				
	家族の協力についてアセスメント	○	○				
	家族の協力関係を見極める		○				
	家族内での役割を把握する	○	○				
	役割分担の見直し・検討の可能性を考える	○	○				
	22 家族が困っていることを確認する	何に困っているのか把握する			○	健康問題に関わる家族の不安の内容についてアセスメントできる	
家族の心配事や困っていることを具体的に確認する	○	○					
家族が問題をどのように捉えているのか知る		○					
家族の健康問題・ニーズのアセスメント	23 家族の考え・問題の背景を探る	問診項目から背景を探る		○	家族の発達段階と問題・課題との関連性を考えることができる		
		問診票やフェイスシートの情報を聞きながら、家族を知る		○			
		本人を中心に家族がどのように捉えているか広げていく		○			
		家族の考えの背景を知るために意図的に情報収集する		○			
		言動の背景にある気持ちを理解する		○			
		家族の行動の背景を探る	○	○			
		問題の経緯を把握する		○			
		家族成員のバックグラウンド・生育歴と健康問題との関連を考える		○			

表1-1-2.情報収集・アセスメント・計画立案(続き)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	文献	面接	質問項目(素案)
家族の健康問題・ニーズのアセスメント	24 問題に対する家族の思い・心情を把握する	家族の受け止めを把握する	○	○	健康問題に関わる家族の不安の内容についてアセスメントできる
		育児・介護・生活に対する家族の思いをアセスメントする	○	○	
		家族の状況から心情をアセスメントする	○	○	
		他の家族成員の受け止めについて把握する	○	○	
		問題について家族の考えを把握する	○	○	
	25 身体状態の変化・受診の必要性を判断する	問題に対する不安を確認する	○	○	
		考えられる疾患・病状を推測する		○	
		状況から受診の必要性を判断する	○	○	
	26 情報を統合してアセスメントする	家族のストレス蓄積の可能性をアセスメントする	○	○	
		客観的データと裏付けてアセスメントする		○	
医学的知識を活用してアセスメントする		○			
家族の心理的側面からアセスメントする		○			
家族の力量や家庭環境、生活歴等の情報を統合してアセスメントする			○		
27 家族の健康問題・ニーズをアセスメントする	関係機関からの情報を統合し、家族全体を捉える		○	社会・文化的側面から、家族の健康問題・ニーズをアセスメントできる※1)	
	情報を統合し、家族の問題を判断する	○	○	収集した情報を統合して、家族の健康問題・ニーズをアセスメントできる	
	関係機関からの情報を含めて多方面からアセスメントする		○		
	訪問や相談を通して家族のニーズを把握する		○	家族の発達段階と問題・課題との関連性を考えることができる	
	具体的な場面で家族の考えをきき、アセスメントする		○		
	家族のレベルに合わせてニーズを探る		○		
	健康問題・ニーズを確認する		○		
	家族の発達段階と問題との関連性を考える	○			
	28 潜在的ニーズをアセスメントする	かかわるべき問題を見極める		○	
		家族が意識していない問題をアセスメントする		○	家族の潜在的なニーズを把握することができる
支援の方向性を探る	29 他職種・地域のキーパーソンから情報を得て、判断材料を増やす	ニーズを明確化し、家族が理解できる形にする	○	○	
		関係者が家族をどのように見ているのか把握する		○	
		他職種の視点・専門性を活用して情報収集する	○	○	
		判断材料を増やすために他職種から情報収集する		○	
	近隣や関係者から情報収集する	○	○		
	他職種から情報を得て、家族を理解する		○		
	30 キーパーソンを見極める	他職種から情報を得て、キーパーソンを把握する	○	○	問題解決に向けて、家族内のキーパーソンを見極めることができる
	キーパーソンを見つけて調整する	○	○		
	キーパーソンの力量を見極める		○		

表1-1-2.情報収集・アセスメント・計画立案(続き)

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	文献	面接	質問項目(素案)
支援の方向性を 探る	31 家族の意向を確認する	家族がどうしていきたいのか確認する		○	
		家族の気持ちを確認する	○	○	
		家族の気持ちに思いを巡らせる		○	
	32 家族の理解度を把握する	家族の理解度を把握する	○	○	家族の理解度・受容度に応じた指導内容・援助方法を選択できる
		家族の特徴(理解のしかた)を把握する		○	
		家族がどのような情報を知っているのか確認する		○	
		家族の受け止めや理解の程度を確認する	○	○	
	33 身近な協力者・地域での支援者を 探る	家族の精神的支援者を把握する	○	○	
		家族を取り巻く人たを把握する	○	○	
		家族をフォローしてくれる人を探す	○	○	
協力が得られる人を探る		○	○		
身近なサポートや交流の機会を探る		○	○		
	地域住民に関わってもらう判断をする		○		
	地域でのサポート体制の必要性をアセスメントする		○	家族が活用できるインフォーマルサポートについてアセスメントできる	
34 活用できる社会資源をアセスメント する	他職種・他機関との連携の可能性を探る	○		関係職種・機関との連携の可能性についてアセスメントできる	
	状況に応じて社会資源の活用を検討する	○	○	家族が活用できるフォーマルサポートについてアセスメントできる	
	家族の生活を支えるための適切なサービスを検討する	○	○		
35 今後を予測し、支援を考える	経過を予測して支援の必要性を検討する	○	○	状態や健康問題の変化を予測できる	
	見通しをもち、生活を整えていく支援を考える		○	生活していく上での家族の問題を予測できる	
	今後の見通し(予測)をもって関わる	○	○		
	今後の状況を推察する	○	○		
	状況から今後の見通しを立てる	○	○		
	これまでの生活状況から起こり得ることを予測する		○		
	問題になりそうなことを予測して、予防的な関わりを検討する		○		
36 長期的な視点でアセスメントする	支援を長期的な視点でアセスメントする	○	○		
	先を見通してサービス利用や支援体制を検討する	○	○		
37 長期目標を立案する	長期目標を立てる	○	○	支援の長期目標を設定することができる	
	家族の姿(なってもらいたい姿)をイメージして目標を立てる		○		
アセスメントから 目標を考える	38 現時点での目標を検討する (短期目標を立案する)	状況に合わせた目標を検討する	○	○	支援の短期目標を設定することができる
		目標のレベル設定をアセスメントする		○	
		家族が何を目標をしているか把握する		○	
39 段階的な支援目標を検討する	家族の状況から次の段階を検討する	○	○		
	家族の力量に合わせて段階的な目標設定する	○	○		
	家族の到達レベルをアセスメントする		○		

表1-1-2.情報収集・アセスメント・計画立案(続き)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	文献	面接	質問項目(素案)		
支援の方向性を検討し、計画を立案する	40 支援を検討し、計画を立案する	家族への支援のあり方を検討する	○	○			
		どのように進めたら家族が力をつけていけるか検討する		○			
		直接的な支援を具体的に計画する	○	○			
		家族に必要なサービスを検討する	○	○			
			支援計画を立てる	○	○		
	41 支援の方向性を家族と共有する	家族の気持ちを尊重して支援を組み立てる			○		
		方向性を家族に伝え、共有する	○	○	○	支援の方向性を家族とともに共有することができる	
	42 家族に合わせて方法・手段を選択する	家族ができることを一緒に確認する			○	○	家族が計画立案に参加できるように促すことができる
		家族に合った方法や手段を検討する	○	○	○	家族の問題状況により支援方法を選択することができる	
		見直しをもって、方法を検討する	○	○	○		
家族全員で支え合う方法を検討する				○			
43 保健事業の活用を検討する	家族内の役割分担やその見直しについて検討する	○	○	○			
	適切なケアを関係職種と見出す			○			
	問題解決に向けた相談事業につなげる			○	○	他の事業を活用して家族への効果的な支援を検討できる	
44 関係機関へつなげる必要性をアセスメントする	個別支援からグループ支援へつなぐ必要性を見極める	○					
	集団の場(事業)での支援を組み合わせる			○			
45 アプローチのタイミングをはかる	色々な機関や地域へつなぐことを検討する	○	○				
	他機関・他職種へつなげることを意識する	○	○				
	家族の状況を踏まえ、伝えるタイミングを考える			○	○	予測した問題を家族へ伝えるタイミング・方法を選択できる	
	支援のタイミングと方法を探る	○	○				
46 チームで支援について検討する	サービス紹介のタイミングを見極める	○	○				
	目標を切り出すタイミングをはかる			○			
	保健師間で支援計画を検討する	○	○		○	保健師間や関係機関・他職種と支援計画を作成することができる	
	検討会・連絡会で他職種と支援について検討する	○	○				
		検討会・連絡会で他職種と目標・計画を共有する	○	○			

※1): 文献検討および面接調査結果から項目を検討する段階で追加した

表1-1-3.実施(家族への支援)

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	文献	面接	質問項目(素案)
支援の基盤となる家族との関係づくり	47 家族との信頼関係をつくる	第一に家族との信頼関係を築く	○	○	
		コミュニケーションをはかりながら、関係づくりをする	○	○	
		家族の気持ちを尊重して信頼関係をつくる	○	○	
		家族の話をよく聞き、信頼関係をつくる	○	○	
		何でも話せる関係をつくる		○	
		定期的に声をかけ、信頼関係を構築する		○	
		周囲との関係をつくり、家族に受け入れてもらう		○	
		この保健師だったら大丈夫と家族が思える関係をつくる		○	
		支援が提案できる関係性をつくる		○	
		信頼関係をベースに支援する		○	○
48 家族に寄り添う	家族の気持ちに寄り添う		○	○	
	家族の立場にたつ			○	
49 家族に共感的に関わる	家族の気持ちに共感する		○	○	
	家族の心配事や悩みに共感する		○	○	
	家族の思いの背景を考え、共感的に関わる			○	
50 家族の話を傾聴する	家族の訴えを十分に聞く		○	○	
	家族の話をよく聞く		○	○	
信頼関係の構築に向けたコミュニケーション	51 支援者としての認識を促す	相談者として家族の力になることを伝える	○		保健師自らが相談者として家族の力になると伝えることができる
		家族の見方(サポーター)であることを伝える		○	
		一緒に頑張ろうというメッセージを伝える		○	
		保健師が支援者であることを理解してもらう	○	○	
52 気にかけていることを伝える	保健師が家族を気にかけていることを伝える			○	
	気にかけているサインを送る		○	○	
53 家族の不安・緊張を和らげる	家族の話を十分に聞いて、不安を軽減する		○	○	家族の不安・緊張を和らげるようなコミュニケーションをとることができる
	話を聞きながら、緊張をといっていく			○	
54 家族の気持ちを引き出す	反応をみながら、家族の気持ちを引き出す			○	
	家族が自身の考えや気持ちを表現できるように働きかける			○	
	段階を踏んで関係性を気づき、本音を引き出す			○	
	つらい思いの表出を促す			○	
家族の役に立つことから支援を開始する	55 心配や困っていることの表出を促す	家族の心配事を推察して問いかけ、表出を促す	○	○	家族の心配・困り事を表出できるように働きかけることができる
		具体的な育児・介護内容を提示し、困っていることを引き出す		○	
			○	○	
56 困っていることから支援する	今、困っていることに働きかける			○	
	健康問題以外に家族が困っていることでも相談にのる			○	
57 プラスになることから支援する	家族がプラスに感じられることから支援をスタートさせる			○	
	家族が前向きになれる部分からアプローチする			○	
家族の理解・認識を促すよう関わる	58 現状の理解を促す	育児・介護状況について家族が理解できるように説明する	○	○	育児・病気・療養生活等について、家族へわかりやすく説明できる
		家族が状況を理解できるように説明する	○	○	
		受診の必要性を家族へ説明する	○	○	
		問題に感じていることを伝える		○	
				○	
59 家族の理解度・受容度に合わせて説明する	家族の理解に合わせて説明する		○	○	健康問題について、家族にわかりやすく説明できる
	家族の受容の程度に合わせて説明する		○	○	

表1-1-3.実施(続き)

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	文献	面接	質問項目(素案)	
家族の理解・認識を促すよう関わる	60 家族が自身のことを整理できるように関わる	自分のことが整理できるように話をきく		○		
		話をよくきいて、客観的に家族が自分を見れるようにする		○		
		自分の考えを整理し、折り合いをつけられるように関わる		○		
61 健康問題や家族の能力に対する気づきを促す	健康問題や家族の能力に対する気づきを促す	家族の気づきを促す	○	○		
		よい部分へ目が向けられるように関わる		○		
		家族の見方を広げる		○		
62 潜在的なニーズを家族が認識できるように関わる	潜在的なニーズを家族が認識できるように関わる	今後について説明する	○	○		
		今後、起こりうることや予測されることへの気づきを促す		○		
		問題になりそうなことを伝える		○		
家族を尊重して共に歩む	63 家族の考え・価値観を尊重して関わる	家族の思いを尊重する	○	○	家族の価値観や生活習慣を尊重することができる	
		家族自身の考え方を理解し、関わる	○	○		
		家族の価値観の合わせた助言・サポートを行う		○		
	64 家族と一緒に考える	家族と一緒に考える	家族の身近にいて寄り添い、一緒に考える	○	○	
			一緒に考えるスタンスで応援する		○	
			家族の意思や希望を確認し、一緒に方法を考える		○	
65 家族の気持ちを代弁する	家族の気持ちを代弁する	家族の気持ちを代弁する	○	○		
		家族の代弁者となり、必要なことを他者へ伝える		○		
		問題をわかりやすく共有できる形で示す		○		
66 家族と目標を共有する	家族と目標を共有する	問題点と解決に必要なことを確認・共有する		○	家族と共に目標を設定することができる	
		家族と共にケースワークする		○		
		家族と方向性を共有する	○	○		
		家族の行動が見える形で目標設定する	○	○		
		家族と協働して目標を立てる		○		
		家族と目標を確認し合う		○		
健康問題解決へ向けた直接的な支援	67 家族が身体状況を理解できるよう指導する	身体状態を家族とともに確認する	○	○	育児・病氣・療養生活等について、家族へわかりやすく説明できる 家族が育児や病状等を判断できるように指導できる	
		病状や症状について理解できるよう説明する	○	○		
		安定している状態や悪化の目安を伝える	○	○		
	68 健康課題の解決に向けて助言する	健康課題とその解決に必要なことを認識できるように伝える	健康課題に関する具体的なアドバイスを行う	○	○	
			健康課題に関する具体的なアドバイスを行う	○	○	
	69 方法や選択肢を提案する	方法や選択肢を提案する	家族ができそうな方法を提案する	○	○	家族が行える方法を具体的に指導できる
様々な角度から家族が考えられるように、案を提示する				○		
70 保健師が実施してモデルとなる	保健師が実施してモデルとなる	具体的にやってみせて必要性の理解を促す	○	○	家族の問題解決に向けて、モデルとなったり、モデルを紹介できる	
		家族の理解に合わせて(保健師が)実施しながら説明する	○	○		
71 家族と共に行動	家族と共に行動	家族と共に確認作業を行う		○		
		一緒に行ってできたところを確認する	○	○		
		一緒に動く		○		
72 家族の理解度に合わせた指導・助言をする	家族の理解度に合わせた指導・助言をする	医療機関を共に探す		○	家族の理解度・受容度に応じた指導を行うことができる	
		家族の理解度に合わせて丁寧に説明する	○	○		
		特徴を踏まえて、その家族に合わせて対応する	○	○		
		家族のペースに応じて指導する	○	○		

表1-1-3.実施(続き)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	文献	面接	質問項目(素案)
健康問題解決へ 向けた直接的な支援	73 育児・介護の具体的な指導を行う	具体的に家事・育児方法を伝える	○	○	
		具体的なイメージがつくように指導する		○	
		育児・介護・家事を補完し、実際のケアを行う	○		
		一緒にやりながら具体的に指導する	○	○	
		家族の生活に合わせたアドバイスをする	○	○	
	74 家族ができそうなことから提案する	家族が少し頑張ればできそうなことから促す		○	
		家族ができそうと感じる課題を提案する 最低限必要なことを指導する	○	○	家族ができそうなことから実践を促すことができる
	75 段階的にアプローチする	スモールステップで家族と目標を設定する 家族とともに段階的に目標を設定する 必要なことができたという成功体験を積み重ねていけるよう 関わる	○	○	段階的に目標を設定することができる
		ステップを踏みながらサービス導入へつなげる スモールステップで進める	○	○	
家族の状況や変化 に合わせた アプローチ	76 状況を定期的に確認し、継続して 見守る	支援が途切れないように定期的に状況を把握する	○	○	
		関係機関に定期的にコンタクトをとり、家族の状況を見守る 家族のサポーターを増やし、継続的に見守り、支援する 教室やサービスへつないだ後も家族の様子を確認する	○	○	
	77 タイミングや関わりを工夫する	家族間で解決できるように、タイミングや関わりを工夫する		○	
		家族の様子から伝えるタイミングをはかる 状況の変化をキャッチしタイミングをはかる 家族の状況を見極め、声をかける	○	○	
78 家族の決定を待つ	家族が必要性が理解できるまで待つ 家族の決断を待つ 家族の変化を待つ	○	○		
79 タイムリーに支援する	機会を逃さず、動く フットワークよく動き、支援につなげる 家族のニーズにタイムリーに関わる 家族からのSOSを逃さずキャッチする 状況変化時に対応できる準備をする	○	○		
家族の健康を維持 する支援	80 家族の健康管理	家族の健康に留意する	○	○	家族の健康管理に配慮し、家族自身が健康管理を行えるように支援できる
		身体状態を判断して、受診勧奨する	○	○	
		家族自身で健康管理できるように指導する	○	○	
		育児・介護に関する負担の軽減をはかる 家族のストレスとなる出来事を予防する	○	○	家族のストレスとなる出来事を予防できるよう支援できる
81 気分転換・休息の提案	息抜きを勧める	○	○		
	気分転換できるようにする	○	○	家族が気晴らしや気分転換できるよう支援できる	
	休息できるように提案する	○	○		

表1-1-3.実施(続き)

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	文献	面接	質問項目(素案)
家族内の理解・協力の促進	82 家族内での役割見直しへの支援	家族内で手助けできるよう伝える 家族内で役割分担・変更できるようアプローチする	○	○	家族が役割分担を見直せるよう支援できる
	83 家族成員間の相互理解を促す	家族メンバーの状況や気持ちを理解するための投げかけ 家族成員へ本人の行動の意味を説明する 家族成員へ本人の気持ちを伝える 家族メンバー間の触媒役になる	○	○	
	84 家族が共通理解できるよう支援する	家族間での共通理解を促す 家族成員を集め、話し合う	○	○	
	85 家族が意思決定できるように情報提供する	意志決定できるように情報提供する 家族の意思決定を支え、促す情報提供と助言 家族の意思を尊重してサービス利用を勧める	○	○	
家族の能力を高める支援	86 家族の主体性を尊重する	家族の主体性を尊重する 根回しはするが、保健師がやりすぎない	○	○	家族の意思決定をサポートする情報を提供できる
	87 家族の対応能力を高める関わり	家族の力を尊重して支援する 家族のもっている力を引き出す 家族の力を底上げしていく その場の解決だけでなく、今後解決していけるように働きかける	○	○	
	88 家族の強み・頑張りを伝える	家族の問題解決能力を高める 家族の頑張っているところを探す 家族の頑張りをフィードバックする できていることを共に確認して、評価する 家族の強みを伝える 家族とともにできたことを確認する 家族の変化を伝える	○	○	
	89 頑張りをねぎらう	家族の頑張りをねぎらう ねぎらいの声かけを心がける	○	○	
健康問題解決へ向けたサービスの活用や交流の機会をつくる	90 前向きになれる声かけをする	ポジティブになるような声かけをする 家族の自信につながるように関わる 家族が前向きになれるように楽しみを伝える	○	○	既存の保健事業や集団指導を活用できる
	91 事業への参加を促す	保健事業(教室・集団の場)への参加を調整する 事業へつなぐ橋渡しをする 意図的に家族へ事業への参加を促す	○	○	
	92 仲間となる人を紹介する	先輩(モデルとなる人)との出会いをつくる 仲間・モデルとなる住民と出会いの機会をつくる	○	○	
	93 仲間との交流の場へ誘う	同じような健康課題をもつ人たちとの交流の場を紹介する 仲間となる身近な人へつなげる 家族会・親の会を紹介する 同じ問題を抱える人たちが集える場をつくる	○	○	
関係職種・機関との連携・協働による支援	94 必要なサービスを紹介する	サービスの活用により生活を整える 必要性を説明して、サービス利用へつなげる 利用可能なサービスを紹介・提案する 家族が自分たちの社会生活を維持できるようにする	○	○	家族に必要なサービスを紹介できる
	95 関係職種・機関へ事前に根回しする	関係者へ事前連絡し、家族支援の根回しをする 他職種へ事前に連絡調整を行う 関係機関へ事前に相談し、サービス利用につなげる 医療機関への事前の根回し	○	○	

表1-1-3.実施(続き)

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	文献	面接	質問項目(素案)	
関係職種・機関との連携・協働による支援	96 関係職種・機関へつなげる	提案するサービスに関係する他職種と同行訪問し、関係づくりをする		○		
		一緒に見学して関係機関へつなぐ	○	○		
		関係機関・職種への情報提供		○		
	97 関係職種・機関と協力する	目標に向けて、関係機関と協力する	○	○	他職種と目標を共有することができる	
		他職種へ相談しながら動く		○		
		他機関・他部署とともに関わる	○	○		
		関係機関と連携しながらチームで支援する	○	○		
	98 関係者との連絡会や検討会の企画・開催	ケースカンファレンス・検討会を企画する		○	○	家族支援に関する事例検討会を企画できる
		他機関を含めたチーム会議を開催する 家族支援のシステムづくりに向けた検討会議を行う	○	○	○	家族支援に関する事例検討会を運営できる
	99 関係者との連絡会や検討会で支援の方向性を検討する	家族の意向を関係者間で確認し合う			○	
チームで家族の情報を共有し方向性を検討する		○	○			
検討会で他職種との意見をすり合わせる			○	○		
支援の方向性を他機関と共有する			○	○		
会議で情報共有しながら、支援目的や支援状況を確認する			○	○		
100 連絡会や検討会で役割分担する	目標を関わるスタッフで統一させる		○	○		
	関係機関で支援の見通しをつける		○	○		
	関係者との連絡会で支援体制を考える	○	○	地域での支援体制の推進のために関係者と協議できる		
	関係機関と方針を共有し、役割分担する	○	○			
	他職種・他部署と役割分担して関わる		○	○		
101 関係機関と情報を共有する	情報共有し、同じゴールに向かって役割分担する		○	○		
	役割分担しながら、色々な視点でアプローチする			○		
	関係機関の専門性を活かして支援する			○		
地域の支援体制づくり	102 地域のキーパーソンに協力を得る	関係機関との情報共有の機会をつくる	○	○		
		関係機関から情報収集する		○		
		カンファレンスで他職種と情報交換する	○	○		
	地域のキーパーソンに協力を得る	○	○			
	地域の中でのキーパーソンを見つけて調整する	○	○			
	キーパーソンの理解を促し、一緒に動く		○			
	地域のサポーターとの交流を家族支援に活かす		○			
103 地域での協力・支援体制をつくる	地区活動を通して、住民との関係づくりを土台に家族への支援をする			○		
	地域住民の力を借りて、家族の支援体制をつくる		○	○	家族と関わりをもつ地域住民に協力を得ることができる	
	地域住民の協力・見守り体制をつくる		○	○		
	他の事業との連動を考え、家族の支援体制をつくる		○	○		
他機関と見守りの体制をとって支援する			○			
互いの情報を共有し、支援体制をつくる		○	○			

表1-1-3.実施(続き)

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	文献	面接	質問項目(素案)
家族支援から地域へ 視点を広げて 支援する	104 家族支援を通して地域づくりに つなげる	家族支援を通して地域の体制づくりを行う 個別の家族支援を通して地域の強みや課題を見出し、 つないでいく	○	○ ○	家族の支援を通して事例検討会や連絡会の体制を整え、チーム支援の基盤 をつくることができる
	105 家族と地域の双方向から支援する	家族への支援から地域で必要なサービスを考える 家族支援から事業化を進める 地域診断を家族支援のアセスメントに活かす 地域診断と家族支援をリンクさせて支援する 地域をみながら家族を支援する 家族と地域の双方向の視点をもち、支援する	○	○ ○ ○ ○	不足しているサービスを開発することができる 地域の資源を利用して、当事者家族の支援体制をつくること

表1-1-4.家族支援の評価

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	文献	面接	質問項目(素案)
家族の目標・状況を 評価する	106 目標達成状況を評価する	家族の反応、行動から目標を評価する 家族の目標達成レベルをみる 家族と共にできたことや目標を評価する 家族の変化、育ちと一緒に評価する 家族に見える形で評価する	○ ○	○ ○ ○ ○	目標の達成状況を評価できる 家族のセルフケア力の獲得状況を評価できる
	107 支援について評価する	保健師が行ったアセスメントの評価をする 支援目標の設定が適切であったか評価する 行った支援内容を評価する 支援が日常生活の中に活かしているか確認する	○ ○ ○	○ ○ ○	家族の支援計画や目標を評価し、見直しができる 家族へ実施した支援内容の適切性を評価できる
チームで支援を 評価する	108 関係機関・職種と支援を評価する	チーム会議でアセスメントを評価する 検討会で支援目標を評価する	○ ○	○ ○	関係者とカンファレンスを行い、チームで支援の評価が できる 関係機関との協力体制・協力状況について評価できる
		チーム会議で支援プランを評価する チーム会議で協力体制を評価する 検討会で支援状況を評価する	○ ○ ○	○ ○ ○	
サービス・地域の支 援体制を評価する	109 サービスについて評価する	家族が利用しているサービスの評価をする 利用しているサービスに対する家族の意見・満足度を 評価する	○ ○	○ ○	家族が利用しているサービスが適切であるか評価できる
	110 保健事業・支援体制を見直す	家族への支援評価から保健事業のあり方を検討する 地域診断しながら家族への支援体制を評価する	○	○	当事者家族への支援を評価し、地域の保健活動を見直す ことができる

3) 表面妥当性の検討

面接調査とは別に保健所，市町村に勤務する経験 5 年以上の保健師（勤務経験者含む）6 名を対象に，グループインタビューによる内容確認と意見聴取を行った．尺度の項目について意味が通じるか，追加すべき家族支援の内容，表現の修正などをはじめとして，質問紙全体の構成や表現に関して意見を聴取し，質問紙を見直し，修正を加えた．

さらにプレテストを実施し，質問項目の検討と修正を経て，表面妥当性を確保した．これを尺度原案として用いた．

2. 尺度の開発

尺度の原案作成後，本調査として，研究 1-1：因子分析による尺度の構成に関する検討，および研究 1-2：再テスト法を行った．

研究 1-1：尺度の構成および尺度の信頼性・妥当性に関する検討

1) 調査対象：対人保健サービスを担うことが多いと考えられる母子保健部門および高齢者保健部門に所属する行政機関での保健師経験が 1 年以上ある保健師とした．

回収率を約 30%と推定し，全国 1500 名の保健師を調査対象として，以下のように選定した．全国市町村人口データ（平成 26 年版）を用いて，人口規模別に「①政令市・中核市（人口 30 万人以上），②市（人口 30 万人未満），③町村」の 3 区分に分類し，対象市区町村を層化無作為抽出し，各区分で 500 名，合計 1500 名を調査対象とした．

2) 調査期間・デザイン：平成 27 年 5 月～6 月に，郵送法による自記式質問紙調査を実施した．

3) 調査項目

(1)基本属性：回答者の属性は，年代，性別，保健師経験年数，最終学歴，職位，現在の担当業務，これまでの経験業務，家族支援に関する学習経験等を尋ねた．

看護職の実践力や技術には先行研究^{84)~87)}において，看護職としての経験や学習と関連していた．そのため，保健師経験はこれまでに経験したことがある業務（業務経験部署）や経験年数を，学習経験の内容として，家族看護の理論，家族アセスメント，家族の支援方法，家族支援の評価，家族療法，家族カウンセリングの有無を調査項目とした．保健師の業務は一般的に，母子保健，成人保健（健康づくり・生活習慣病対策を含む），高齢者保健，精神保健，児童福祉，高齢者福祉，障害者福祉，介護保険，難病対策，感染症対策等があげられる．したがって，

業務経験部署については、これらの10業務に関する経験の有無について尋ねた。

また、自治体の属性は、自治体の種別、人口規模、業務体制、保健師数等を確認した。

(2)家族支援実践力：前述した自作の質問紙を用いて、次の内容を調査した。支援プロセスにそって、支援が必要な家族をみつける活動、家族支援に向けての情報収集・アセスメント・計画立案、家族および関係機関への働きかけ、評価の尺度原案84項目について、「常にできる：7点～全くできない：1点」の7件法のリッカート方式で回答を求めた。

(3)基準関連妥当性：基準関連妥当性をみるための外的基準は、佐伯ら⁸⁸⁾が開発した行政機関で働く保健師の専門職務遂行能力尺度のうち、個人・家族を対象とした対人支援能力に関するサブスケール5項目とした。項目の内容は、「①個人家族をアセスメントする力、②個人家族への看護計画を立案する力、③健康相談で個人家族をサポートする力、④在宅で生活する個人家族を援助する力、⑤個人家族を評価する力」である。この尺度は日頃の業務遂行を支障なく行えることを十分とし、保健師としての自分の力を「十分：4点～不十分：1点」の4件法で回答するリッカート方式であり、「対人支援能力」「地域支援および管理能力」の2因子で構成され、信頼性・妥当性が検証されている。よって、個人・家族を対象とする対人支援能力サブスケールは、家族支援実践力の外的基準になり得ると考えた。尺度のサブスケールの使用にあたっては、開発者に使用の許可を得た。

質問紙の構成は図2に示したとおりである。

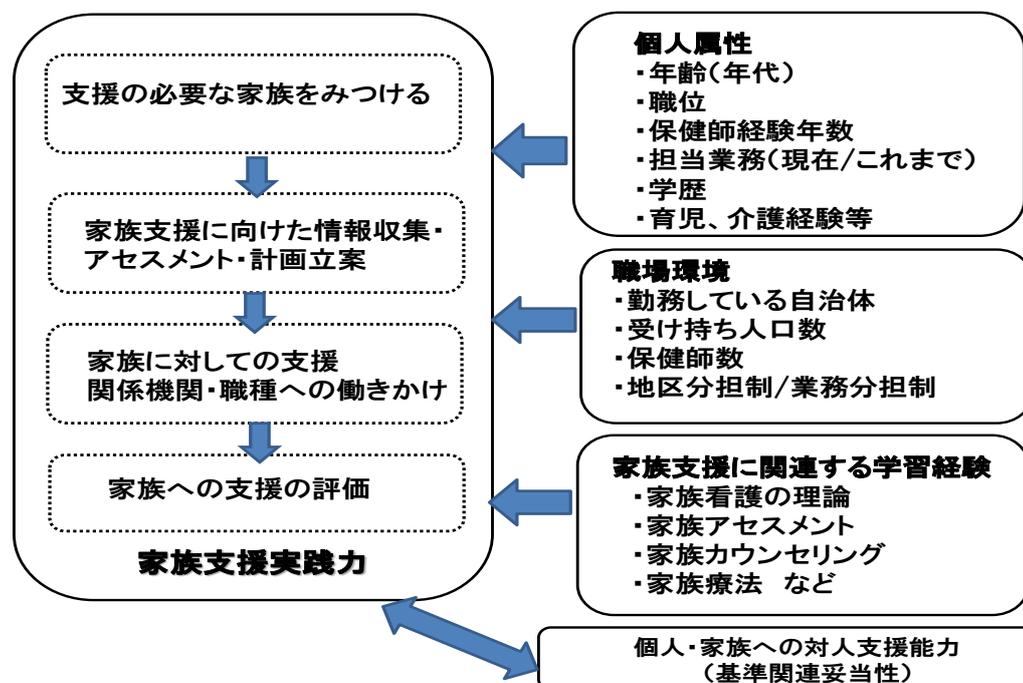


図2. 研究1 質問紙の構成

4) 分析方法

SPSS Statistics (Ver.22.0) を使用し、記述統計量を算出後、以下の分析を行った。有意水準は $p < 0.05$ または $p < 0.01$ を採択した。

(1)項目分析：家族支援実践力尺度案の質問項目ごとに回答割合や分布を確認し、平均値と標準偏差を算出して、天井・フロア効果について検討した。

(2)因子分析：家族支援実践力尺度の構造を明らかにし、構成概念妥当性を検討するため、探索的因子分析（重みづけなし最小二乗法・プロマックス回転）を行った。因子の固有値が 1 以上であり、項目の因子負荷量が 0.4 以上であること、さらに複数の因子に 0.4 以上の因子負荷量を示さないことを条件として、属する項目から解釈できる因子名を命名した。

(3)信頼性の検討：各因子および家族支援実践力尺度全体の Cronbach's α 係数を算出し、内的整合性を確認した。同時に Item-Total (I-T) 相関を確認し、内的整合性を悪くする項目がないか検討した。

(4)妥当性の検討：基準関連妥当性の検討のために、家族支援実践力尺度の合計得点および各因子（下位尺度）の合計得点と、佐伯らの個人・家族を対象とする対人支援能力 5 項目の合計得点との相関係数を算出した。

また、本尺度と関連する個人・職場等の要因について Pearson および Spearman の相関係数を算出した。家族支援に関する学習経験については t 検定を行い、検討した。

研究 1-2：再テスト法

- 1) 調査対象：便宜的抽出法により行政機関に勤務している保健師および行政機関での保健師経験のある大学教員 65 名を対象とした。
- 2) 調査期間・デザイン：平成 27 年 10 月～12 月に研究 1 と同じ質問紙を用い、郵送留め置き法にて 2 回質問紙への回答を依頼した。第 1 回目の回答後、2 週間後に第 2 回目の調査を依頼し、1・2 回目ともに回答のあったものを分析対象とした。
- 3) 分析方法：第 1・2 回目の家族支援実践力尺度の各因子（下位尺度）得点および尺度総得点での級内相関係数を求め、再現性を検討した。

3. 倫理的配慮

本研究は、国際医療福祉大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号 14-Io-111）。

研究 1-1 では、対象となる市区町村の母子および高齢者保健部門管理者（所属長）に対して、調査協力をお願い（資料 1-6）および研究概要に関する文書（資料 1-8）により調査の趣旨を理解いただき、協力を依頼した。対象者には、以下の内容について書面（資料 1-7）で説明し、返信をもって本研究の参加・協力を同意していただいたこととする旨を記載した。

- (1) 研究への参加・協力へは本人の自由意志とする。
- (2) 研究へは本人の自由意志で協力ができるように、返信用封筒を対象者個別に準備し、対象者個人が投函することとする。
- (3) 調査は無記名とし、個人、施設名、自治体名等は特定しない。また、データはコード番号等により管理する。
- (4) 調査で得られた情報は、研究目的以外で使用しない。
- (5) 回答しないことでの不利益は生じない。
- (6) 回収された調査票やデータは、研究終了後の保存期間が過ぎたら、適切な方法で速やかに破棄する。
- (7) 学位論文、関連学会、関連学術誌等において結果を公表する。
- (8) 研究に関する問い合わせ先を明示し、いつでも対応できるようにする。

研究 1-2 においては、行政機関に勤務している保健師および行政機関での保健師経験のある大学教員に対して依頼文書（資料 1-9）により、協力を依頼した。研究 1-1 と同様に前述した内容（1）～（8）について書面で説明し、質問紙の返信をもって本研究の参加・協力を同意していただく旨を記載した。

III. 結果

1. 尺度の構成および信頼性・妥当性の検討

530 通の回答が得られ（回収率 35.3%）、このうち男性 7 名と設問への回答漏れが多いものを除き、515 通を分析対象とした（有効回答率 97.1%）。なお、男性回答者は回答に不備があった 2 名に加え、母子保健の経験がない等で 5 名は業務が限定されたため、今回は分析対象から除外した。

1) 対象者の概要(基本属性)

対象者の年代は 40 歳台が最も多く、182 名（35.0%）であった。行政機関における保健師経験年数は 1 年～5 年が 119 名（23.1%）と最も多かったが、経験年数 6 年～10 年、11 年～

15年、16年～20年等も回答者の割合は10%代だった。現在の職位は主査・係長クラスが181名（35.1%）、次いで係員級が171名（22.1%）だった。最終学歴は保健師養成校が259名（50.3%）、短期大学専攻科59名（11.5%）で、この両者を合わせた1年課程の養成課程は60%を超えていた。大学は178名（34.6%）であった（表1-2）。

自治体の種別は、人口30万人未満の市が235市（45.6%）で最も多く、政令市・中核市等は29.5%、町村は24.8%であった。業務体制は業務分担・地区分担併用制が65.2%と半数以上を占めていた。

表1-2. 対象者の属性

		N=515
	属性	人数(%)
年代	20～29歳	83(16.1)
	30～39歳	151(29.3)
	40～49歳	180(35.0)
	50歳以上	101(19.6)
保健師経験年数	1～5年	119(23.1)
	6～10年	88(17.1)
	11～15年	69(13.4)
	16～20年	84(16.3)
	21～25年	68(13.2)
	26年以上	87(16.9)
平均±SD		14.9±9.8
最終学歴	専門学校1年課程	259(50.3)
	短期大学専攻科	59(11.5)
	大学	178(34.6)
	大学院	10(1.9)
役職	係員級	171(22.7)
	主事級	65(12.6)
	主任級	104(20.2)
	主査・係長級	181(35.1)
	課長級	12(2.3)
	その他	21(4.1)
自治体	政令指定都市等 ¹⁾	152(29.5)
	市	235(45.6)
	町村	128(24.8)
業務経験部署数	1～2	189(36.7)
	3～4	204(40.0)
	5～6	91(17.7)
	7以上	29(5.6)

1) 政令指定都市・中核市・特別区

2) 尺度原案の項目に関する記述統計量

家族支援実践力尺度原案の各設問の記述統計量は表1-3に示したとおりである。全項目の平均得点は4.6点（SD1.0）で、各項目の平均点は3.2～5.5の間であった。設問に対する得点は

1点～7点の範囲にあり、天井効果・フロア効果を示す項目はなかった。

表1-3. 家族支援実践力尺度原案(各項目)の記述統計量

N=515

項目	平均値	標準偏差	最小値	最大値	天井効果	フロア効果
支援が必要な家族をみつけるまでの活動						
1 健診や教室等の事業から支援の必要な家族をみつけることができる	5.12	1.00	1	7	6.12	4.13
2 日頃の健康相談事業から支援の必要な家族をみつけることができる	5.18	0.95	1	7	6.13	4.23
3 申請・手帳交付の面接時などで支援の必要な家族をみつけることができる	5.04	1.01	1	7	6.05	4.03
4 情報提供用紙などを活用し、医療機関などの関係機関から継続支援につなげることができる	5.13	1.12	1	7	6.25	4.01
5 地域で関係機関が開催する事業・会議へ参加協力し、支援が必要な家族を把握することができる	4.86	1.21	2	7	6.07	3.65
6 地域のキーパーソンから支援の必要な家族の情報を得ることができる	4.63	0.93	1	7	5.56	3.70
7 関係機関から支援の必要な家族の情報を得ることができる	5.27	1.21	2	7	6.48	4.06
8 地域診断からハイリスクグループを把握することができる	3.96	0.92	1	7	4.88	3.04
情報収集・アセスメント・計画立案						
9 家族が行っている育児・介護・家事等の方法を把握できる	5.07	1.07	2	7	6.14	4.00
10 経済状況を把握するための観点を説明できる	4.63	1.01	1	7	5.64	3.62
11 屋内環境を把握するための観点を説明できる	4.84	0.97	1	7	5.81	3.87
12 近隣などの環境を把握できる	4.71	0.88	2	7	5.59	3.83
13 家族の心身の状態を把握できる	4.94	0.96	2	7	5.90	3.98
14 家族の生活歴を把握できる	4.81	1.03	2	7	5.84	3.78
15 家族成員の病歴を把握できる	4.71	1.03	2	7	5.74	3.68
16 家族のジェノグラム(家系図)を描くことができる	5.60	1.02	2	7	6.62	4.58
17 家族の関係性を把握できる	5.11	0.90	2	7	6.01	4.21
18 家族成員の強みを見出すことができる	4.64	0.96	2	7	5.60	3.68
19 家族のストレス解消方法を把握できる	4.30	0.97	2	7	5.27	3.33
20 家族が大切にしている考え方・価値観を把握できる	4.56	0.89	2	7	5.45	3.67
21 家族の発達課題の達成状況を把握することができる	4.36	1.03	1	7	5.39	3.33
22 医学的知識を活用して、家族の健康問題・ニーズをアセスメントできる	4.77	0.94	2	7	5.71	3.83
23 家族の心理的側面から、健康問題・ニーズをアセスメントできる	4.66	0.92	1	7	5.58	3.74
24 社会的な観点から、家族の健康問題・ニーズをアセスメントできる	4.55	0.95	1	7	5.50	3.60
25 収集した情報を統合して、家族の健康問題・ニーズをアセスメントできる	4.79	0.90	2	7	5.69	3.89
26 家族内の役割分担の見直しについて検討できる	4.52	0.98	1	7	5.50	3.54
27 問題解決に向けて、家族内のキーパーソンを見極めることができる	4.98	0.90	2	7	5.88	4.08
28 家族の対処能力をアセスメントできる	4.74	0.91	2	7	5.65	3.83
29 家族の健康問題に関わる不安の内容についてアセスメントできる	4.83	0.89	2	7	5.72	3.94
30 健康問題が家族の生活(仕事・収入・休息など)へどのように影響しているかアセスメントできる	4.76	0.91	2	7	5.67	3.85
31 家族の発達段階と健康問題との関連性を考えることができる	4.49	1.04	2	7	5.53	3.45
32 家族が活用できるフォーマルサポートについてアセスメントできる	4.81	1.03	1	7	5.84	3.79
33 家族が活用できるインフォーマルサポートについてアセスメントできる	4.52	1.02	1	7	5.54	3.50
34 不足しているフォーマル・インフォーマルサポートについてアセスメントできる	4.40	1.00	1	7	5.40	3.40
35 家族支援において関係職種・機関との連携の必要性・可能性についてアセスメントできる	4.83	0.93	1	7	5.76	3.90
36 家族の健康状態や健康問題の変化を予測できる	4.70	0.91	2	7	5.61	3.79
37 家族の潜在的なニーズを把握することができる	4.40	0.93	2	7	5.33	3.47
38 支援の長期目標を設定することができる	4.70	0.97	1	7	5.67	3.73
39 支援の短期目標を設定することができる	4.81	0.94	1	7	5.75	3.87
40 家族の問題状況により支援方法を選択することができる	4.83	0.90	2	7	5.73	3.93
41 家族の理解度・受容度に応じた指導内容・援助方法を選択できる	4.81	0.93	2	7	5.74	3.88
42 保健事業を活用した家族への効果的な支援を検討できる	4.92	0.98	1	7	5.90	3.94
43 予測した問題を家族へ伝える適切なタイミング・方法を選択できる	4.59	1.00	1	7	5.59	3.59

表1-3. 家族支援実践力尺度原案(各項目)の記述統計量(続き)

項目	平均値	標準偏差	最小値	最大値	天井効果	フロア効果
44 支援の方向性を家族とともに共有することができる(口頭での説明も可)	4.80	0.94	2	7	5.74	3.86
45 保健師間や関係機関・他職種と家族の支援計画・目標を共有することができる	4.90	0.95	2	7	5.85	3.95
46 保健師自身が相談者として患者・家族の力になると伝えることができる	5.38	1.05	1	7	6.43	4.33
47 家族の不安・緊張を和らげるようなコミュニケーションをとることができる	5.16	0.97	2	7	6.13	4.19
48 家族が困り感を表出できるように働きかけることができる	4.98	0.99	2	7	5.97	3.99
49 家族の価値観や生活習慣を尊重することができる	5.08	0.90	2	7	5.98	4.18
50 健康問題について、家族へわかりやすく説明できる	4.89	0.97	2	7	5.86	3.92
51 潜在的なニーズを対象家族が認識できるように支援できる	4.55	0.99	1	7	5.54	3.56
52 育児の状況や病状等を家族が判断できるように指導できる	4.67	0.92	2	7	5.59	3.75
53 家族の理解度・受容度に応じた指導を行うことができる	4.83	0.93	2	7	5.76	3.90
54 家族が行える育児や介護などの方法を具体的に指導できる	4.83	1.01	1	7	5.84	3.82
55 家族の問題解決に向けて、モデルとなったり・モデルを紹介できる	3.97	1.12	1	7	5.09	2.85
56 家族ができそうなことから実践を促すことができる	5.04	0.93	2	7	5.97	4.11
57 家族のできていることを見つけ、フィードバックすることができる	5.07	0.91	3	7	5.98	4.16
58 家族の健康に配慮し、家族成員が自身の健康管理を行えるよう支援できる	4.66	0.90	2	7	5.56	3.76
59 家族が気晴らしや気分転換できるよう支援できる	4.61	0.96	1	7	5.57	3.65
60 家族のストレスとなる出来事を予防する対処方法を提案できる	4.48	0.97	1	7	5.45	3.51
61 家族の意思決定をサポートする情報を提供できる	4.68	0.95	1	7	5.63	3.73
62 家族に必要なフォーマルサービスを紹介できる	4.95	1.01	1	7	5.96	3.94
63 家族に必要なインフォーマルサービスを紹介できる	4.57	1.08	1	7	5.65	3.49
64 サービス活用について家族が意思決定できるように促すことができる	4.81	0.91	2	7	5.72	3.90
65 同じような健康問題をもつ患者・家族との交流の場を紹介することができる	4.28	1.11	1	7	5.39	3.17
66 家族と関わりをもつ近隣などの地域住民に協力を得ることができる	4.07	1.15	1	7	5.22	2.92
67 家族の代弁者となり、心身の状態を関係者へ伝えることができる	4.82	1.02	1	7	5.84	3.80
68 家族支援に関する事例検討会を企画できる	4.35	1.44	1	7	5.79	2.91
69 家族支援に関する事例検討会を運営できる	4.25	1.45	1	7	5.70	2.81
70 地域ケアシステムの推進を図るために関係者と協議できる	4.32	1.29	1	7	5.61	3.03
71 事例検討会や連絡会に関する規約の作成などを行い、家族に対するチーム支援の基盤を整えることができる	3.89	1.37	1	7	5.26	2.52
72 既存の保健事業や集団指導を活用できる	5.02	1.03	1	7	6.05	3.99
73 地域の資源を利用して、当事者家族の支援体制をつくることができる	4.39	1.13	1	7	5.52	3.26
74 不足しているサービスを開発することができる	3.23	1.24	1	7	4.47	1.99
評価						
75 実施した支援内容の適切性を評価できる	4.27	0.99	1	7	5.26	3.28
76 目標の達成状況を評価できる	4.41	1.01	1	7	5.42	3.40
77 家族の支援計画や目標の見直しができる	4.50	0.99	1	7	5.49	3.51
78 支援に関する家族の満足度について評価できる	4.20	1.05	1	7	5.25	3.15
79 家族が現在利用しているサービスが適切であるか評価できる	4.47	1.00	1	7	5.47	3.47
80 関係機関との協力体制・協力状況について評価できる	4.47	1.02	1	7	5.49	3.45
81 家族との信頼関係の構築について評価できる	4.37	1.06	1	7	5.43	3.31
82 家族のセルフケア能力の獲得状況を評価できる	4.31	1.07	1	7	5.38	3.24
83 関係者とカンファレンスを行い、チームで支援の評価ができる	4.51	1.08	1	7	5.59	3.43
84 当事者家族への支援を評価し、地域の保健活動を見直すことができる	4.03	1.18	1	7	5.21	2.85

※得点は「常にはできる：7点～全くできない：1点」の7件法にて回答を求めた

3) 項目の検討と因子分析

尺度原案の各質問項目の得点平均値は、前述したように 3.2～5.5 の間であった。平均値と標準偏差から天井効果、フロア効果を確認したが、削除すべき項目は見当たらなかった。

そこで、84 項目を使用して、重みづけのない最小二乗法による因子分析を行い、共通性を検討したところ、削除すべき項目は見当たらなかった。

次に、因子のスクリープロットによる固有値の変化を確認の上、因子選定の条件にしたがって検討した結果、6項目を除外する必要がある、最終的に78項目7因子を採用し尺度項目とした(表1-4)。なお、削除された6項目は、『情報収集・アセスメント』に関する

「11.屋内環境を把握するための観点を説明できる」「42.既存の保健事業を活用した家族への効果的な支援を検討できる」の2項目、『実施』に関する4項目「44.支援の方向性を家族とともに共有することができる」「65.同じような健康問題をもつ患者・家族との交流の場を紹介することができる」「72.既存の保健事業や集団指導を活用できる」「73.地域の資源を利用して、当事者家族の支援体制をつくることができる」であった。

7因子から構成される尺度の内容について、次に述べる。

第1因子は19項目で構成され、「家族の不安を和らげるコミュニケーション」「家族の価値観や生活習慣の尊重」等、家族への関わりや指導を表していることから「家族への直接的な支援」と命名した。第2因子は25項目で構成され、「家族の対処能力のアセスメント」「フォーマル・インフォーマルサポートのアセスメント」「家族内のキーパーソンの見極め」等、支援に向けての家族内外のアセスメントと目標設定に関わるものであり、「アセスメントと目標設定」とした。第3因子は10項目で、「目標達成状況の評価」「家族との信頼関係の評価」「利用サービスの評価」等といった内容であり、「家族支援の評価」と命名した。第4因子は10項目で構成され、「家族の生活歴の把握」「家族成員の病歴を把握」等であり、「家族理解のための情報収集」と命名した。第5因子は6項目からなり、「健康相談から支援が必要な家族を見つける」「医療機関等から継続支援につなげる」等であり、「支援の必要な家族の発見」と命名した。第6因子は4項目で構成され、「地域診断からハイリスクグループを把握する」「不足しているサービスの開発」「近隣住民の協力を得る」等で「地区活動をベースにした家族支援」とした。第7因子は4項目で、「事例検討会の運営・企画」「家族に対するチーム支援の基盤整備」等の項目から、「家族支援チームの形成」と命名した。

表1-4. 行政保健師の家族支援実践力尺度の因子分析結果

Cronbach's α total=0.88

項目	F-T相関	因子						
		1	2	3	4	5	6	7
第1因子(19項目)【家族への直接的な支援】 $\alpha=0.97$								
49 家族の価値観や生活習慣を尊重することができる	0.722	0.85						
47 家族の不安・緊張を和らげるようなコミュニケーションをとることができる	0.748	0.84						
46 保健師自らが相談者として患者・家族の力になると伝えることができる	0.637	0.82						
48 家族が困り感を表出する働きかけができる	0.747	0.79						
59 家族の健康に配慮し、家族成員が自身の健康管理を行えるよう支援できる	0.725	0.78						
57 家族のできていることを見つけ、フィードバックすることができる(家族へ伝えることができる)	0.761	0.73						
56 家族ができそうなことから実践を促すことができる	0.760	0.72						
50 健康問題について、家族へわかりやすく説明できる	0.797	0.72						
58 家族の健康に配慮し、家族成員が自身の健康管理を行えるよう支援できる	0.761	0.71						
53 家族の理解度・受容度に応じた指導を行うことができる	0.798	0.70						
52 育児の状況や病状等を家族が判断できるように指導できる	0.801	0.70						
60 家族のストレスとなる出来事を予防する対処方法を提案できる	0.746	0.69						
61 家族の意思決定をサポートする情報を提供できる	0.765	0.69						
54 家族が行える育児や介護などの方法を具体的に指導できる	0.793	0.68						
64 サービス活用について家族が意思決定できるように促すことができる	0.807	0.62						
51 潜在的なニーズを対象家族が認識できるように支援できる	0.808	0.61						
45 保健師間や関係機関・他職種と家族の支援計画・目標を共有することができる	0.747	0.45						
55 家族の問題解決に向けて、モデルとなったり・モデルを紹介できる	0.722	0.43						
67 家族の代弁者となり、心身の状態を関係者へ伝えることができる	0.770	0.40						
第2因子(25項目)【アセスメントと目標設定】 $\alpha=0.98$								
32 家族が活用できるフォーマルサポートについてアセスメントできる	0.763	0.97						
28 家族の対処能力をアセスメントできる	0.823	0.89						
33 家族が活用できるインフォーマルサポートについてアセスメントできる	0.798	0.85						
27 問題解決に向けて、家族内のキーパーソンを見極めることができる	0.786	0.79						
34 不足しているフォーマル・インフォーマルサポートについてアセスメントできる	0.780	0.79						
29 家族の健康問題に関わる不安の内容についてアセスメントできる	0.823	0.78						
25 収集した情報を統合して、家族の健康問題・ニーズをアセスメントできる	0.829	0.76						
31 家族の発達段階と健康問題との関連性を考えることができる	0.798	0.76						
30 健康問題が家族の生活(仕事・収入・休息など)へどのように影響しているかアセスメントできる	0.821	0.76						
24 社会的な観点から、家族の健康問題・ニーズをアセスメントできる	0.804	0.75						
40 家族の問題状況により支援方法を選択することができる	0.836	0.73						
23 家族の心理的側面から、健康問題・ニーズをアセスメントできる	0.810	0.69						
35 家族支援において関係職種・機関との連携の必要性・可能性についてアセスメントできる	0.813	0.68						
37 家族の潜在的なニーズを把握することができる	0.808	0.67						
36 家族の健康状態や健康問題の変化を予測できる	0.804	0.64						
22 医学的知識を活用して、家族の健康問題・ニーズをアセスメントできる	0.802	0.60						
41 家族の理解度・受容度に応じた指導内容・援助方法を選択できる	0.831	0.57						
43 予測した問題を家族へ伝える適切なタイミング・方法を選択できる	0.826	0.54						
26 家族内の役割分担の見直しについて検討できる	0.812	0.53						
62 家族に必要なフォーマルサービスを紹介できる	0.770	0.51						
38 支援の長期目標を設定することができる	0.825	0.47						
39 支援の短期目標を設定することができる	0.818	0.47						
21 家族の発達課題の達成状況を把握することができる	0.764	0.46						
63 家族に必要なインフォーマルサービスを紹介できる	0.759	0.46						
18 家族成員の強みを見出すことができる	0.749	0.42						
第3因子(10項目)【家族支援の評価】 $\alpha=0.97$								
76 目標の達成状況を評価できる	0.772	0.93						
77 家族の支援計画や目標の見直しができる	0.787	0.89						
75 実施した支援内容の適切性を評価できる	0.751	0.89						
81 家族との信頼関係の構築について評価できる	0.785	0.84						
79 家族が現在利用しているサービスが適切であるか評価できる	0.827	0.83						
78 支援に関する家族の満足度について評価できる	0.762	0.81						
80 関係機関との協力体制・協力状況について評価できる	0.809	0.81						
82 家族のセルフケア能力の獲得状況を評価できる	0.790	0.81						
83 関係者とカンファレンスを行い、チームで支援の評価ができる	0.757	0.71						
84 当事者家族への支援を評価し、地域の保健活動を見直すことができる	0.729	0.63						
第4因子(10項目)【家族理解のための情報収集】 $\alpha=0.94$								
14 家族の生活歴を把握できる	0.718	0.85						
15 家族成員の病歴を把握できる	0.696	0.82						
13 家族の心身の状態を把握できる	0.753	0.62						
17 家族の関係性を把握できる	0.717	0.56						
9 家族が行っている育児・介護・家事等の方法を把握できる	0.713	0.55						
19 家族のストレス解消方法を把握できる	0.709	0.54						
12 近隣などの環境を把握できる	0.717	0.49						
16 家族のジェノグラム(家系図)を描くことができる	0.613	0.43						
20 家族が大切にしている考え方・価値観を把握できる	0.718	0.43						
10 経済状況を把握するための観点を説明できる	0.748	0.40						

表1-4. 行政保健師の家族支援実践力尺度の因子分析結果(続き)

項目	I-T相関	因子						
		1	2	3	4	5	6	7
第5因子(6項目)【支援に必要な家族の発見】 $\alpha=0.88$								
2 日頃の健康相談事業から支援に必要な家族をみつけることができる	0.642					0.81		
1 健診や教室等の事業から支援に必要な家族をみつけることができる	0.600					0.80		
4 情報提供用紙などを活用し、医療機関などの関係機関から継続支援につなげることができる	0.577					0.63		
3 申請-手帳交付の面談時などで支援に必要な家族をみつけることができる	0.556					0.63		
5 地域で関係機関が開催する事業-会議へ参加協力し、支援が必要な家族を把握することができる	0.622					0.53		
7 関係機関から支援に必要な家族の情報を得ることができる	0.575					0.46		
第6因子(4項目)【地区活動をベースにした家族支援】 $\alpha=0.82$								
8 地域診断からハイリスクグループを把握することができる	0.588						0.63	
74 不足しているサービスを開発することができる	0.573						0.59	
66 家族と関わりをもつ近隣などの地域住民に協力を得ることができる	0.661						0.56	
6 地域のキーパーソンから支援に必要な家族の情報を得ることができる	0.592						0.40	
第7因子(4項目)【家族支援チームの形成】 $\alpha=0.93$								
69 家族支援に関する事例検討会を運営できる	0.737							0.91
68 家族支援に関する事例検討会を企画できる	0.739							0.88
71 事例検討会や連絡会の規約作成などを行い、家族に対するチーム支援の基盤を整えることができる	0.678							0.69
70 地域ケアシステムの推進を図るために関係者と協議できる	0.707							0.67
	因子間相関¹⁾	1	2	3	4	5	6	7
	第1因子	0.88	0.78	0.78	0.67	0.62	0.62	0.69
	第2因子		0.78	0.86	0.70	0.68	0.70	
	第3因子			0.67	0.57	0.65	0.69	
	第4因子				0.71	0.65	0.61	
	第5因子					0.58	0.56	
	第6因子						0.68	

因子抽出法: 重みづけのない最小二乗法 プロマックス回転

1) 因子間相関: Pearsonの相関係数を算出

4) 信頼性の検討

Cronbach's α 係数を算出した (表 1-4) . 家族支援実践力尺度全体の Cronbach's α 係数は 0.88 であった. また, 各因子の Cronbach's α 係数は第 1 因子が 0.97, 第 2 因子が 0.98, 第 3 因子が 0.97, 第 4 因子が 0.94, 第 5 因子が 0.88, 第 6 因子が 0.82, 第 7 因子が 0.93 であり, 以下の分析ではこれらを下位尺度として扱った.

また, Item-Total 相関 (I-T 相関) は表 1-4 に示したように, 各因子で 0.573~0.829 であり, 低い相関ではなく, 前述した 6 項目除外後の 78 項目において削除する項目はみられなかった.

5) 妥当性の検討

基準関連妥当性を検討するために, 家族支援実践力尺度の合計得点および下位尺度得点と, 佐伯らの個人・家族を対象とする対人支援能力 5 項目の合計得点とは Pearson の相関係数を, 個人・家族を対象とする対人支援能力の各サブスケールについては Spearman の相関係数を算出した (表 1-5) . その結果, 第 1 因子が 0.56, 第 2 因子が 0.61, 第 3 因子が 0.58, 第 4 因子が 0.52, 第 5 因子が 0.48, 第 6 因子が 0.47, 第 7 因子が 0.49, 尺度全体の合計得点は 0.61 であった.

また, 家族支援実践力の関連要因について, 以下の分析を行い, 尺度の妥当性を確認した.

家族支援実践力尺度の得点と保健師経験年数および業務経験部署数の関連については、Pearson の相関係数を算出した（表 1-5）。家族支援実践力尺度の得点は、保健師経験年数が長い、業務経験部署数が多いほど、有意に得点が高かった。

学習経験内容と尺度との関連性については t 検定を行った（表 1-6）。家族アセスメント、家族の支援方法、家族カウンセリングの学習経験がある者は、学習経験なしの者に比べて、家族支援実践力尺度の得点が有意に高かった。家族看護の理論、家族支援の評価、家族療法の学習経験では、学習経験がある者の方が低い者より、得点がやや高い傾向にあった。

表 1-5. 家族支援実践力尺度と個人・家族への対人支援能力/保健師経験との相関

基準項目	PearsonおよびSpearmanの相関係数※							
	尺度全体	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	第7因子
個人家族能力尺度得点 ¹⁾	0.61 ***	0.56 ***	0.61 ***	0.58 ***	0.52 ***	0.48 ***	0.47 ***	0.49 ***
個人家族をアセスメントする力 ²⁾	0.51 ***	0.48 ***	0.52 ***	0.46 ***	0.46 ***	0.44 ***	0.35 ***	0.38 ***
個人・家族への看護計画を立案する力 ²⁾	0.59 ***	0.53 ***	0.59 ***	0.54 ***	0.49 ***	0.44 ***	0.43 ***	0.46 ***
個人・家族への健康相談で個人家族をサポートする力 ²⁾	0.47 ***	0.44 ***	0.45 ***	0.40 ***	0.43 ***	0.38 ***	0.33 ***	0.39 ***
在宅で生活する個人家族を援助する力 ²⁾	0.49 ***	0.43 ***	0.49 ***	0.45 ***	0.43 ***	0.37 ***	0.44 ***	0.42 ***
個人家族への看護援助を評価する力 ²⁾	0.53 ***	0.45 ***	0.51 ***	0.54 ***	0.40 ***	0.36 ***	0.44 ***	0.43 ***
保健師としての経験年数・業務経験部署数	0.33 ***	0.29 ***	0.31 ***	0.25 ***	0.23 ***	0.23 ***	0.39 ***	0.45 ***
	0.25 ***	0.21 ***	0.24 ***	0.20 ***	0.21 ***	0.12 *	0.29 ***	0.37 ***

1)個人・家族能力尺度得点(合計):5~20点

2)個人・家族を対象とする対人支援能力サブスコープ1~4点

※2)はSpearmanの相関係数、それ以外の項目はPearsonの相関係数を算出

***P<0.001

** P<0.01

* P<0.05

表1-6. 家族支援実践力得点と学習経験との関連

		家族看護の理論		家族アセスメント		家族の支援方法		家族支援の評価		家族療法		家族カウンセリング	
		学習経験あり	学習経験なし	学習経験あり	学習経験なし	学習経験あり	学習経験なし	学習経験あり	学習経験なし	学習経験あり	学習経験なし	学習経験あり	学習経験なし
		N=157	N=323	N=194	N=286	N=219	N=261	N=56	N=424	N=19	N=461	N=52	N=428
尺度全体	平均値	366.2	353.4	371.4	348.2	370.5	346.8	381.6	354.4	384.9	356.4	391.5	353.5
	SD	55.9	57.4	56.8	55.6	56.8	55.3	60.4	56.0	49.3	57.2	66.4	54.6
	t値	2.33		4.45		4.62		3.38		2.14		4.63	
	P	*		**		**		*		*		**	
家族への直接的支援 (第1因子)	平均値	88.1	85.2	88.9	84.3	88.6	84.1	90.3	85.7	91.3	85.9	94.3	85.2
	SD	13.8	14.0	14.0	13.7	14.0	13.7	14.6	13.8	10.9	14.1	15.9	13.4
	t値	2.19		3.66		3.70		2.40		1.74		4.62	
	P	*		**		**		*				**	
アセスメントと目標設定 (第2因子)	平均値	120.3	115.1	121.8	113.4	121.3	112.9	125.3	115.6	128.2	116.3	1.3	115.7
	SD	18.9	20.7	18.8	19.8	19.1	19.6	19.3	19.6	16.4	19.8	22.1	19.2
	t値	2.74		4.75		4.83		3.62		2.83		3.65	
	P	*		**		**		**		*		**	
家族支援の評価 (第3因子)	平均値	45.0	42.9	45.7	42.1	45.7	41.7	47.7	43.0	47.7	43.4	48.6	43.0
	SD	9.0	9.3	9.2	9.0	8.9	9.1	9.9	9.0	8.2	9.2	11.1	8.8
	t値	2.42		4.32		4.95		3.77		2.17		4.33	
	P	*		**		**		**		*		**	
家族理解のための情報収集 (第4因子)	平均値	49.3	48.0	50.2	47.2	50.2	47.0	52.1	47.9	53.4	48.2	52.5	48.0
	SD	7.0	8.1	7.2	7.9	7.6	7.7	7.2	7.7	6.7	7.8	7.5	7.7
	t値	1.78		4.36		4.73		4.02		3.16		4.10	
	P	*		**		**		**		*		**	
支援の必要な家族の発見 (第5因子)	平均値	31.2	30.3	31.8	29.8	31.5	29.8	32.8	30.3	32.7	30.5	33.0	30.3
	SD	4.6	5.0	4.5	5.0	4.4	5.2	4.2	4.9	4.3	4.9	4.0	4.9
	t値	1.98		4.75		4.12		3.73		1.99		3.78	
	P	*		**		**		**		*		**	
地区活動をベースにした家族支援 (第6因子)	平均値	16.2	15.7	16.6	15.4	16.6	15.3	17.5	15.7	17.6	15.8	17.8	15.6
	SD	3.8	3.9	3.9	3.7	3.9	3.7	4.0	3.8	3.9	3.8	4.1	3.8
	t値	1.17		3.70		3.66		3.59		2.19		4.04	
	P			**		**		**		*		**	
家族支援チームの形成 (第7因子)	平均値	16.9	16.7	17.7	16.2	17.5	16.2	18.1	16.6	19.3	16.7	20.2	16.4
	SD	5.2	5.0	5.1	5.0	5.1	5.1	5.4	5.0	4.0	5.1	5.3	4.9
	t値	0.46		3.44		2.99		2.17		2.35		5.41	
	P			*		*		*		*		**	

**P<0.01 *P<0.05

2. 再テスト法による信頼性の検討

1) 対象者の概要：1回目・2回目ともに回答が得られた30名（回収率46.1%）を分析対象とした。年代は40歳台が40.0%と最も多く、次いで30歳台が36.7%であった。30名のうち行政保健師は24名で、行政保健師としての勤務経験のある大学教員は6名であり、行政機関に行政保健師としての経験年数は5～38年（平均経験年数19.7年）だった。

2) 信頼性の検討（表1-7）

再テスト法による1・2回目各々の得点（±SD），因子ごとの級内相関係数は表1-7に示したとおりである。級内相関係数は各々の因子では $r=0.75\sim 0.89$ で、第3因子「家族支援の評価」が $r=0.75$ で最も低く、第6因子「地区活動をベースにした家族支援」が $r=0.89$ で最も高かった。また、尺度全体では $r=0.93$ であった。

表1-7. 再テスト法における質問紙得点の相関

	質問紙得点 平均(SD)		級内相関係数	
	1回目	2回目	相関係数	95%信頼区間
家族への直接的支援 (第1因子)	102.5(15.3)	103.7(15.1)	.867***	[.725, .938]
アセスメントと目標設定 (第2因子)	126.5(21.8)	129.8(23.5)	.875***	[.733, .944]
家族支援の評価 (第3因子)	50.3(8.3)	51.6(8.3)	.751***	[.524, .878]
家族理解のための情報収集 (第4因子)	52.9(8.9)	53.2(8.7)	.879***	[.752, .943]
支援の必要な家族の発見 (第5因子)	32.6(4.4)	33.5(4.8)	.887***	[.764, .948]
地区活動をベースにした 家族支援(第6因子)	18.7(3.6)	19.5(4.1)	.893***	[.776, .951]
家族支援チームの形成 (第7因子)	20.7(4.0)	20.7(4.4)	.876***	[.747, .942]
尺度全体(合計得点)	379.3(69.4)	387.4(67.7)	.927***	[.850, .965]

*** $P<0.001$

IV. 考察

1. 家族支援実践力尺度の信頼性と妥当性

本調査は、層化抽出法を用いた全国市区町村を対象とした調査であり、行政保健師を対象とした研究⁸⁹⁾⁹⁰⁾の回収率と概ね等しかった。また、調査対象である保健師の年代は40歳台が35.0%と最多であり、行政保健師を対象としたいくつかの先行調査⁹¹⁾⁹²⁾の平均年齢とほぼ同

等であった。これらより、母集団である行政保健師としての代表性はあったと考えられる。

本尺度の信頼性については、各因子および尺度全体の Cronbach's α 係数が 0.8 以上あり、また、I-T 相関の結果から削除する項目はみられず、十分な内的整合性を確保していることが確認された。再テスト法による級内相関係数は、一般的に r 値が 0.7 以上で再現性があると判断される⁹³⁾。本調査は尺度全体で $r=0.93$ 、各因子でも各々 $r=0.75$ 以上であり、再現性が確保できた。

妥当性の検討では、尺度原案作成の段階において、行政保健師の意見聴取・評価を得ることによって、各項目の適切性を確保することができたと考える。さらに、本尺度の合計得点および各因子の得点と佐伯らの個人・家族を対象とする対人支援能力 5 項目との相関係数から、基準関連妥当性が確保されていると判断できた。

家族支援実践力尺度と行政保健師としての経験年数、業務経験部署数との関連性を検討したところ、保健師経験年数が長くなるにつれて、また業務経験部署数が多いほど、尺度全体の得点は高くなっていった。現場での経験を積み重ねることによって、行政保健師の能力向上につながるという先行研究⁹⁴⁾⁹⁵⁾の結果と同様に、家族支援実践力も経験とともに高まると考えられる。また、行政保健師として経験年数が長くなれば、業務経験部署数も多くなり、本尺度得点が高くなるという結果につながったと考える。

家族支援実践力に関する学習経験の有無による検定結果では、学習経験がある者がいない者に比べて、尺度得点が高い傾向にあった。これは学習会参加が、保健師の能力に関連するという既存の調査結果⁹⁵⁾⁹⁶⁾と合致する。以上の結果から尺度の妥当性が確認された。したがって、今回作成した尺度は、行政保健師の家族支援実践力を評価するための信頼性、妥当性を十分に有する尺度であると考えられる。

Cronbach's α 係数は尺度において質問項目が多いほど高い数値を示すと言われている⁹⁷⁾。本尺度の Cronbach's α は 0.88 であり、高い信頼性が認められたが項目数が多いため、簡便に家族支援実践力を測定できるとは言い難い。多忙な行政保健師が容易に能力を測定するためには、項目の精選等の検討が必要である。しかし、尺度の項目を鑑みると、行政保健師が家族を支援する際に求められる具体的な内容であると考えられる。支援にあたって、不足している情報や必要とされる支援の確認、家族に対する支援の振り返りができ、実践力を測定するためのツールとして用いることが可能である。現場で活用しやすいチェックリストとして整理・検討していくことが実用的でないかと考える。

2. 行政保健師の家族支援プロセスと支援内容

家族支援実践力尺度を構成する項目は、尺度原案作成の過程では、支援プロセスの観点から4段階に整理した。その上で因子分析を行い、因子的妥当性を検討した。その結果、因子は7つに分かれた。支援プロセスの「アセスメント・計画立案」は、因子分析の結果から2ステップを踏むことが明らかになった。それは、対象家族を捉えるための基本的な「第4因子：家族理解のための情報収集」後に、「第2因子：アセスメントと目標設定」に集約された内容に基づき、支援計画を具体化していくものであり、原案の段階に比べて、より詳細なプロセスが示されたといえる。一般的に家族支援にあたっては、ニーズを判断した後、その背景を構造化し全体像を明確化していくことが重要である⁹⁸⁾と言われるが、本調査結果から行政保健師の家族支援においても、そのプロセスが確認された。

一方、医療機関での看護とは異なり、行政保健師は「第5因子：支援の必要な家族の発見」からアプローチを開始し、長期的に経過をマネジメントする能力が求められる。さらに「第6因子：地区活動をベースにした家族支援」は、行政保健師ならではの活動であり、対象家族に対する直接的支援はもちろんのこと、日々の業務を通して個人・家族への支援と地域全体を捉える双方の視点を持ち、関係機関および地域住民と連携・協働をはかり、家族への支援体制の整備や不足しているサービスの開発を念頭におき、「第7因子：家族支援チームを形成」していると考えられた。保健師は個人的なアプローチを切り口として地域で生活するすべての人々の健康を高める活動を展開している⁹⁹⁾。また、保健師の専門能力形成には、「地域活動体験から個の対応→家族→地域社会を捉える」ことを基盤にするという研究結果¹⁰⁰⁾もある。

本結果で明らかになった家族への直接的支援と地域の支援体制づくりを連動させる支援のあり方は、行政保健師の支援の特徴であると考ええる。

3. 研究1のまとめ

行政保健師の家族支援実践力を測定する尺度の開発を目指し、文献検討および面接調査から行政保健師の家族支援実践力に関する内容を抽出し、尺度の原案を作成した。それを基に保健師・保健師経験者を対象にグループインタビュー、プレテストを経て、全国市区町村の母子保健および高齢者保健部門の保健師1500名を対象とした質問紙調査を行った。Cronbach's α 係数の算出、因子分析、再テスト法等により尺度の信頼性、妥当性を検討し、最終的に7因子78項目から構成される尺度が開発された。

そこで、本尺度を用いて、家族支援の機会が多い母子保健分野の保健師を対象として、尺度

の活用可能性および家族支援実践力との関連要因について、さらに調査を進め、検討を加えていくこととした。

第 5 章

研究 2 母子保健業務に携わる保健師の家族支援実践力の実態とその関連要因

I. 目的

- 1) 母子保健業務を担う保健師を対象として、研究 1 で開発した家族支援実践力尺度の信頼性・妥当性を再確認する。
- 2) 行政機関において母子保健業務に携わる保健師の家族支援実践力の実態および関連要因を明らかにする。

II. 方法

1. 研究デザイン

無記名自記式質問紙を用いた横断的量的調査を実施した。

2. 調査対象者

全国の市区町村のうち、熊本地震による被災地域を除き、人口 5 万人以上の自治体（政令市、特別区含む）743 ヲ所の母子保健担当部門の管理者（所属長）に対して、各施設 2 名（計 1,486 名）の保健師への調査を依頼した。

母子保健部門には経験の浅い保健師が配置されることが多い状況にある。よって、ベテランに絞らず、幅広くその実態を把握することが求められると考え、対象者は母子保健業務の経験年数が 1 年以上ある保健師とした。また、回収率を 30% と推定し、対象者数が約 1,500 名となるように各施設 2 名の協力を依頼することとした。

なお、人口 5 万人未満の自治体は従事している保健師数が少なく、業務分担制ではなく地区担当制の勤務体制をとっていることが多い。そのため、母子保健業務以外の業務経験の影響が大きいと予想されたため、今回は調査対象から除外した。

3. 調査期間

調査期間は、平成 28 年 11 月～12 月であった。

4.調査方法

対象とする自治体の母子保健部門の管理者あてに、郵送で書面にて調査への協力を依頼し、各施設2名の保健師へ質問紙配布を依頼した。対象保健師に対しては、協力依頼書にて、調査の趣旨、自由意思による参加等について説明し、返信をもって研究への参加が得られたものとした。留め置き期間は約1ヶ月間設けて、質問紙の返信は個人ごとに返信用封筒にて郵送するよう依頼した。

5.調査内容

研究2の概念枠組みを図3に示した。質問紙の構成は次の1)~2)のとおりである。

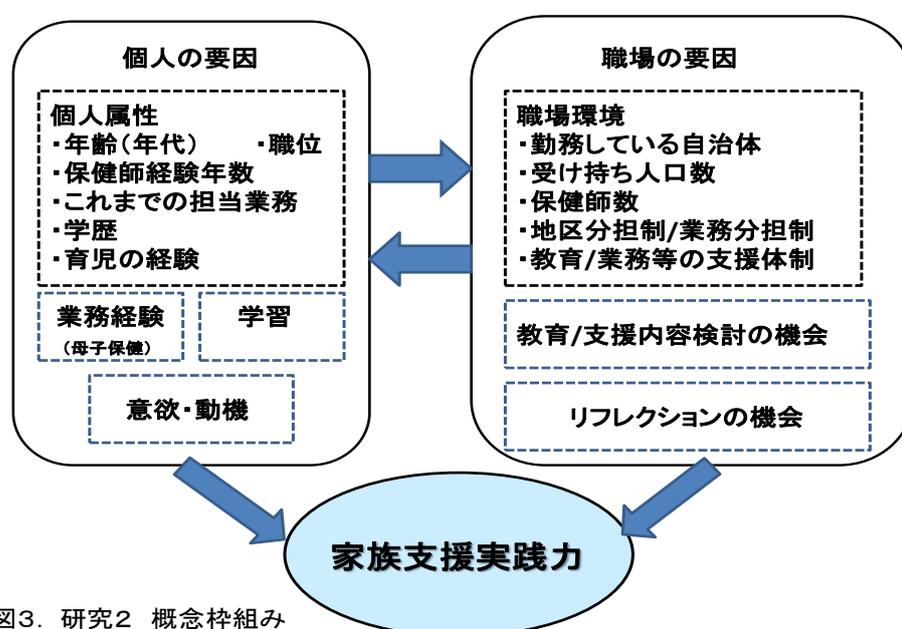


図3. 研究2 概念枠組み

1) 家族支援実践力尺度

研究1で開発した家族支援実践力尺度78項目を用いた。先(研究1)に述べてきたように、本尺度は、人口規模別に全国の市区町村から層化無作為抽出した自治体の行政保健師を対象として調査を行い、信頼性・妥当性が検証されている。よって、本調査の家族支援実践力を測定するツールとして適していると判断し、採用した。支援のプロセスにそって、「常にできる:7点~全くできない:1点」の7件法のリッカート尺度で回答を求めた。常に実践できれば、高い実践力を有していると考えられる。そこで、これまでの自身の家族支援の経験に照らし合わせて「常にできる~全くできない」の7段階で実践状況を確認した。

2) 対象者・職場の属性および家族支援実践力に関連する要因

家族支援実践力に関連すると思われる保健師の個人要因、職場の要因項目は、保健師の実践力および看護師の実践力に関する先行研究^{100)~103)}をもとに、業務経験、学習、意欲等の個人要因と職場の要因を下記(1)~(2)のように設定した。

また、成人学習・成人教育¹⁰⁴⁾¹⁰⁵⁾や専門職教育の分野では、能力を高めるためにリフレクションが重要視されている¹⁰⁶⁾¹⁰⁷⁾。それは看護職においても同様であることから、支援を振り返りリフレクションする機会等の項目で構成した。これらの調査項目を以下に示す。

(1) 保健師としての経験および個人要因

①保健師の属性：年代、保健師経験年数、これまで経験した業務（業務経験部署）、職位、最終学歴、自身の育児経験の有無について尋ねた。なお、保健師の業務は一般的に、母子保健、成人保健（健康づくり・生活習慣病対策を含む）、高齢者保健、精神保健、児童福祉、高齢者福祉、障害者福祉、介護保険、難病対策、感染症対策等があげられる。したがって、業務経験部署については、これらの10業務経験の有無について尋ねた。

②家族支援の学習経験：家族看護の理論、家族アセスメント、家族の支援方法、家族支援の評価、家族療法、家族カウンセリングの有無を確認した。

③母子保健の経験：母子保健業務の経験年数、対応が困難なハイリスクケースへ関わった経験数を尋ねた。

④保健師自身の母子保健や家族支援に関する取り組み・意識：家族支援の能力向上にむけて自身で行っていることとして、「専門書や関係する雑誌を読む、先輩や上司に相談する、他職種へ相談する、事例検討会へ自分のケースを報告するように努めている、自分の時間を使い、研修へ参加する」という5項目に対する実施の有無を調査した。

また、困難事例にぶつかったときの対応として、「上司や同僚への報告・相談、アセスメントツールの活用、専門書・参考書による支援の検討、職場内でのケース検討、他部署・他職種との情報共有や支援の検討、事例のサマリーをまとめ報告する」かについて実施状況を4段階「しない・あまりしない・困ったときに行う・定期的に行う」等で確認した。さらに、その対応が有意義であるか意識を尋ねた。

(2) 職場の要因

①市区町村の特徴：自治体の種別、人口規模、保健師数、地区分担・業務分担制・地区

分担と業務分担併用などの業務体制を確認した。

②職場の学習・サポート体制：相談する機会、研修会や学習会の機会、支援内容を検討する機会等について、その実施を「ない・ほとんどない・困ったときに随時行う・定期的にある」の4段階で問うた。

③事例検討会や事例のサマリー作成等のリフレクションの機会：職場でそれらの機会があるかについて、4段階「ない・ほとんどない・困ったときに随時行う・定期的にある」で尋ねた。

6.分析方法

SPSS Statistics (Ver.22.0) を使用し、家族支援実践力の記述統計量を算出後、実践力に関する回答状況を確認した、その後、以下の分析を行った。有意水準は $p < 0.05$ または $p < 0.01$ を採択した。

(1)項目分析：家族支援実践力尺度案の質問項目ごとに回答割合や分布を確認し、平均値と標準偏差を算出して、天井・フロア効果について検討した。

(2)信頼性の検討：各因子および家族支援実践力尺度全体の Cronbach's α 係数を算出し、内的整合性を確認した。

(3)妥当性の検討：家族支援実践力尺度の合計得点および各因子（下位尺度）の平均得点と、保健師経験年数、母子保健経験年数、業務経験部署数、ハイリスクケース担当数等との関連については、Pearson の相関係数を算出し、検討した。

(4)母子保健活動における家族支援時に保健師自身で能力向上にむけて行っていること、職場の学習環境・サポート体制、対応困難な事例に関わった際の対応等の実態について、単純集計および実施状況の回答を2群（実施あり/なし）に分けて集計した結果を検討した。

(5)家族支援実践力に関連する要因の検討：家族支援実践力の各因子の平均点および尺度全体の平均点を従属変数とし、家族支援実践力と関連すると思われる項目を独立変数として、ステップワイズ法にて重回帰分析を行った。

7.倫理的配慮

本研究は、国際医療福祉大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号 16-Io-110）。

全国の人口5万人以上の自治体の母子保健部門管理者（所属長）に対して、調査協力をお願い（資料 2-1）および研究概要（資料 2-3）に関する文書により調査の趣旨を理解いただ

き、協力を依頼した。対象者には、以下の内容について書面（資料 2-2）で説明し、返信をもって本研究の参加・協力を同意していただいたこととする旨を記載した。

- (1)研究への参加・協力へは本人の自由意志とする。
- (2)研究へは本人の自由意志で協力ができるように、返信用封筒を対象者個別に準備し、対象者個人が投函することとする。
- (3)調査は無記名とし、個人、施設名、自治体名等は特定しない。また、データはコード番号等により管理する。
- (4)調査で得られた情報は、研究目的以外で使用しない。
- (5)回答しないことでの不利益は生じない。
- (6)回収された調査票やデータは、研究終了後の保存期間が過ぎたら、適切な方法で速やかに破棄する。
- (7)学位論文、関連学会、関連学術誌等において結果を公表する。
- (8)研究に関する問い合わせ先を明示し、いつでも対応できるようにする。

III. 結果

回答が得られた 520 名（回収率 35.0%）のうち、調査票の家族支援実践力尺度の項目への回答があることを前提とし、それ以外の調査項目に対しては 1/5 程度の回答がない 8 名除いた 512 名（有効回答率 98.5%）を分析対象とした。

1.対象者の基本属性（表 2-1）

対象者の年代は 30 歳台が最も多く、171 名（33.4%）であった。次いで、40 歳台が 149 名（29.1%）、20 歳台 148 名（28.9%）とほぼ同数だった。行政機関における保健師経験年数は 1 年～5 年が 195 名（38.1%）と最も多かった。経験年数 11 年～20 年が 155 名（28.5%）、6 年～10 年が 98 名（19.1%）と続き、平均経験年数は 10.7 年（SD 8.7）だった。母子保健業務の経験年数は、1～5 年が 295 名（57.6%）と半数以上を占めた。次いで、6～10 年が 126 名（24.6%）で、母子保健業務の平均経験年数は 6.4 年（SD 6.1）であった。虐待が疑われる等のハイリスクケースの担当件数は、20 ケース以上が 187 名（36.5%）と最多である一方、1～5 ケースが 111 名（21.7%）、6～9 ケースが 86 名（16.8%）と担当件数が 10 件に満たない者も 4 割弱であった。

表2-1. 対象者の属性

		N=512
		人数(%)
		属性
性別 (n=512)	女性	502(98.0)
	男性	10(2.0)
年代 (n=512)	20～29歳	148(28.9)
	30～39歳	171(33.4)
	40～49歳	149(29.1)
	50歳以上	44(8.6)
保健師経験年数 (n=510)	1～5年	195(38.1)
	6～10年	98(19.1)
	11～20年	155(28.5)
	21年以上	71(13.9)
平均±SD(年)		10.7±8.7
母子保健経験数 (n=507)	1～5年	295(57.6)
	6～10年	126(24.6)
	11～20年	83(16.2)
	21年以上	22(4.3)
平均±SD(年)		6.4±6.1
業務体制 (n=505)	業務分担制	36(7.0)
	地区担当制	75(14.6)
	業務分担・地区担当併用	393(76.8)
	その他	1(1.4)
最終学歴 (n=510)	専門学校1年課程	167(32.6)
	短期大学専攻科	60(11.7)
	大学	273(53.5)
	大学院	10(2.0)
役職 (n=503)	係員級	182(35.5)
	主事級	84(16.4)
	主任級	106(20.7)
	主査・係長級	110(21.5)
	課長級	5(1.0)
	その他	16(3.1)
自治体 (n=512)	政令指定都市等 ¹⁾	131(25.6)
	市	381(74.4)
虐待等のハイリスク ケース担当経験数 (n=505)	経験なし	6(1.2)
	1～5ケース	111(21.7)
	6～9ケース	86(16.8)
	10～19ケース	115(22.5)
	20ケース以上	187(36.5)
平均±SD(件)		3.7±1.2
自身の育児経験 (n=512)	経験あり	291(56.8)
	経験なし	221(43.2)

1) 政令指定都市・中核市・特別区

現在の職位は係員級が 182 名 (35.5%) , 次いで主査・係長クラスが 110 名 (21.5%) であった。最終学歴をみると大学が 273 名 (53.5%) と半数を超えていた。保健師養成

校が 167 名 (32.6%) , 短期大学専攻科 60 名 (11.7%) で、この両者を合わせた 1 年の保健師養成課程は 40% を超えていた。

自治体の種別は、人口 30 万人未満の市が 381 市 (74.4%) で最も多く、政令市・中核市等は 131 (25.6) % であり、町からの回答はなかった。業務体制は業務分担・地区分担併用制が 393 (76.8%) と 7 割を超えていた。

2. 家族支援実践力の回答状況

家族支援実践力尺度の第 1 因子から第 7 因子の各項目の平均点、標準偏差、最小値、最大値、天井効果・フロア効果は、表 2-2 に示すとおりである。

家族支援実践力尺度の設問に対する得点は、最小 1 点から最大 7 点の範囲で、全項目平均点は 4.7 点、各設問の平均点は 2.9 点～5.5 点 (SD 0.81～1.46) であり、天井効果とフロア効果を示す項目はなかった。

表2-2. 家族支援実践力各項目の記述統計

Cronbach's α total=0.89

項目	平均値	標準偏差	最小値	最大値	天井効果	フロア効果
第1因子(19項目)【家族への直接的な支援】 $\alpha=0.97$						
42 保健師間や関係機関・他職種と家族の支援計画・目標を共有することができる	4.94	1.04	2	7	5.98	3.91
43 保健師自らが相談者として患者・家族の力になると伝えることができる	5.55	1.03	3	7	6.58	4.53
44 家族の不安・緊張を和らげるようなコミュニケーションをとることができる	5.19	0.97	3	7	6.16	4.22
45 家族が困り感を出できるように働きかけることができる	5.02	0.99	2	7	6.01	4.03
46 家族の価値観や生活習慣を尊重することができる	5.26	0.89	2	7	6.16	4.37
47 健康問題について、家族へわかりやすく説明できる	4.92	0.96	2	7	5.88	3.97
48 潜在的なニーズを対象家族が認識できるように支援できる	4.55	0.98	2	7	5.54	3.57
49 育児の状況や病状等を家族が判断できるように指導できる	4.76	0.97	2	7	5.73	3.79
50 家族の理解度・受容度に応じた指導を行うことができる	4.92	0.95	3	7	5.87	3.97
51 家族が行える育児や介護などの方法を具体的に指導できる	4.93	1.01	3	7	5.94	3.92
52 家族の問題解決に向けて、モデルとなったり・モデルを紹介できる	3.82	1.12	1	7	4.94	2.70
53 家族ができそうなことから実践を促すことができる	5.03	0.91	3	7	5.95	4.12
54 家族のできていることを見つけ、フィードバックすることができる (家族へ伝えることができる)	5.13	0.94	3	7	6.07	4.19
55 家族の健康に配慮し、家族成員が自身の健康管理を行えるよう支援できる	4.68	0.94	2	7	5.62	3.74
56 家族が気持ちよさや気分転換できるよう支援できる	4.66	0.99	2	7	5.64	3.67
57 家族のストレスとなる出来事を予防する対処方法を提案できる	4.52	0.99	2	7	5.51	3.53
58 家族の意思決定をサポートする情報を提供できる	4.77	0.95	2	7	5.72	3.82
61 サービス活用について家族が意思決定できるように促すことができる	4.83	0.94	3	7	5.77	3.88
63 家族の代弁者となり、心身の状態を関係者へ伝えることができる	4.83	1.04	2	7	5.87	3.79
第2因子(25項目)【アセスメントと目標設定】 $\alpha=0.98$						
17 家族成員の強みを見出すことができる	4.68	0.91	2	7	5.59	3.77
20 家族の発達課題の達成状況を把握することができる	4.49	0.98	2	7	5.47	3.51
21 医学的知識を活用して、家族の健康問題・ニーズをアセスメントできる	4.78	0.92	1	7	5.70	3.86
22 家族の心理的側面から、健康問題・ニーズをアセスメントできる	4.82	0.88	3	7	5.70	3.94
23 社会的な観点から、家族の健康問題・ニーズをアセスメントできる	4.72	0.91	2	7	5.63	3.81
24 収集した情報を統合して、家族の健康問題・ニーズをアセスメントできる	4.89	0.89	3	7	5.78	4.00
25 家族内の役割分担の見直しについて検討できる	4.61	0.97	2	7	5.58	3.64
26 問題解決に向けて、家族内のキーパーソンを見極めることができる	5.10	0.90	3	7	6.00	4.20
27 家族の対処能力をアセスメントできる	4.87	0.90	2	7	5.77	3.97
28 家族の健康問題に関わる不安の内容についてアセスメントできる	4.95	0.86	3	7	5.81	4.09
29 健康問題が家族の生活(仕事・収入・休息など)へどのように影響しているかアセスメントできる	4.89	0.95	2	7	5.84	3.94

表2-2. 家族支援実践力各項目の記述統計（続き）

項目	平均値	標準偏差	最小値	最大値	天井効果	フロア効果
30 家族の発達段階と健康問題との関連性を考えることができる	4.55	1.07	2	7	5.62	3.48
31 家族が活用できるフォーマルサポートについてアセスメントできる	4.82	0.99	2	7	5.81	3.83
32 家族が活用できるインフォーマルサポートについてアセスメントできる	4.53	1.01	2	7	5.53	3.52
33 不足しているフォーマル・インフォーマルサポートについてアセスメントできる	4.52	1.03	2	7	5.55	3.50
34 家族支援において関係職種・機関との連携の必要性・可能性についてアセスメントできる	5.03	0.91	2	7	5.94	4.12
35 家族の健康状態や健康問題の変化を予測できる	4.78	0.91	2	7	5.69	3.87
36 家族の潜在的なニーズを把握することができる	4.51	0.95	2	7	5.46	3.56
37 支援の長期目標を設定することができる	4.74	0.99	2	7	5.73	3.75
38 支援の短期目標を設定することができる	4.93	0.91	3	7	5.84	4.02
39 家族の問題状況により支援方法を選択することができる	4.91	0.91	2	7	5.82	4.00
40 家族の理解度・受容度に応じた指導内容・援助方法を選択できる	4.88	0.91	1	7	5.79	3.97
41 予測した問題を家族へ伝える適切なタイミング・方法を選択できる	4.63	0.99	2	7	5.62	3.64
59 家族に必要なフォーマルサービスを紹介できる	4.97	0.97	2	7	5.94	4.00
60 家族に必要なインフォーマルサービスを紹介できる	4.51	1.05	2	7	5.56	3.46
第3因子(10項目)【家族支援の評価】 $\alpha=0.97$						
69 実施した支援内容の適切性を評価できる	4.29	0.99	1	7	5.28	3.30
70 目標の達成状況を評価できる	4.38	1.02	1	7	5.40	3.37
71 家族の支援計画や目標の見直しができる	4.54	0.98	2	7	5.52	3.56
72 支援に関する家族の満足度について評価できる	4.20	1.06	1	7	5.26	3.14
73 家族が現在利用しているサービスが適切であるか評価できる	4.46	0.97	2	7	5.43	3.49
74 関係機関との協力体制・協力状況について評価できる	4.55	0.99	2	7	5.54	3.56
75 家族との信頼関係の構築について評価できる	4.46	1.02	2	7	5.48	3.44
76 家族のセルフケア能力の獲得状況を評価できる	4.41	1.01	2	7	5.42	3.39
77 関係者とカンファレンスを行い、チームで支援の評価ができる	4.55	1.11	2	7	5.65	3.44
78 当事者家族への支援を評価し、地域の保健活動を見直すことができる	4.06	1.14	1	7	5.20	2.91
第4因子(10項目)【家族理解のための情報収集】 $\alpha=0.94$						
9 家族が行っている育児・介護・家事等の方法を把握できる	5.15	0.88	2	7	6.03	4.27
10 経済状況を把握するための観点を説明できる	4.61	1.07	1	7	5.67	3.54
11 近隣などの環境を把握できる	4.74	0.99	3	7	5.73	3.75
12 家族の心身の状態を把握できる	5.03	0.87	3	7	5.90	4.16
13 家族の生活歴を把握できる	4.86	0.96	2	7	5.82	3.90
14 家族成員の病歴を把握できる	4.72	1.10	2	7	5.82	3.62
15 家族のジェノグラム（家系図）を描くことができる	5.51	1.05	2	7	6.56	4.47
16 家族の関係性を把握できる	5.00	0.84	3	7	5.84	4.16
18 家族のストレス解消方法を把握できる	4.30	1.00	2	7	5.30	3.31
19 家族が大切にしている考え方・価値観を把握できる	4.61	0.94	1	7	5.55	3.67
第5因子(6項目)【支援に必要な家族の発見】 $\alpha=0.88$						
1 健診や教室等の事業から支援に必要な家族をみつけることができる	5.32	0.81	3	7	6.13	4.51
2 日頃の健康相談事業から支援に必要な家族をみつけることができる	5.26	0.85	2	7	6.11	4.41
3 申請・手帳交付の面接時などで支援に必要な家族をみつけることができる	5.29	0.93	1	7	6.22	4.36
4 情報提供用紙などを活用し、医療機関などの関係機関から継続支援につなげることができる	5.50	0.99	1	7	6.49	4.51
5 地域で関係機関が開催する事業・会議へ参加協力し、支援が必要な家族を把握することができる	4.90	1.16	2	7	6.06	3.74
7 関係機関から支援に必要な家族の情報を得ることができる	5.29	0.91	3	7	6.20	4.38
第6因子(4項目)【地区活動をベースにした家族支援】 $\alpha=0.82$						
6 地域のキーパーソンから支援に必要な家族の情報を得ることができる	4.35	1.21	2	7	5.56	3.13
8 地域診断からハイリスクグループを把握することができる	3.94	1.20	1	7	5.13	2.74
62 家族と関わりをもつ近隣などの地域住民に協力を得ることができる	3.76	1.21	1	7	4.98	2.55
68 不足しているサービスを開発することができる	2.90	1.32	1	7	4.22	1.58
第7因子(4項目)【家族支援チームの形成】 $\alpha=0.82$						
64 家族支援に関する事例検討会を企画できる	4.05	1.46	1	7	5.50	2.59
65 家族支援に関する事例検討会を運営できる	3.96	1.45	1	7	5.41	2.51
66 地域ケアシステムの推進を図るために関係者と協議できる	4.10	1.35	1	7	5.45	2.76
67 事例検討会や連絡会に関する規約の作成などを行い、家族に対するチーム支援の基盤を整えることができる	3.70	1.46	1	7	5.15	2.24

※得点は「常にできる：7点～全くできない：1点」の7件法にて回答を求めた

また、尺度全体の Cronbach's α 係数は 0.89 であり、第 1 因子～第 7 因子の Cronbach's α 係数も 0.82～0.98 でいずれも高い値を示し、内的一貫性が確認された。

各因子における設問の得点状況は、第 1 因子「家族への直接的支援」が 3.82～5.55 点 (SD

0.89～1.12) で、第 1 因子全体の平均点は 4.86 点であった。第 2 因子「アセスメントと目標設定」の各項目の得点は 4.49～5.10 点 (SD 0.91～1.07) で、第 2 因子全体の平均点は 4.77 点だった。第 3 因子「家族支援の評価」の各項目の得点状況は 4.06～4.55 点 (SD 0.99～1.14) で、第 3 因子全体の平均点は 4.39 点であり、第 4 因子「家族理解のための情報収集」の各項目の得点は 4.30～5.51 点 (SD 0.88～1.10) で第 4 因子全体平均点は 4.85 点であった。第 5 因子「支援の必要な家族の発見」の各項目の得点は 4.90～5.50 点 (SD 0.81～1.16) で第 5 因子全体の平均点は 5.26 点、第 6 因子「地区活動をベースにした家族支援」は各項目の得点状況が 2.90～4.35 点 (SD 1.20～1.32) で第 6 因子全体の平均点は 3.74 点だった。第 7 因子「家族支援チームの形成」の各項目得点は 3.70～4.10 点 (SD 1.35～1.46)、第 7 因子全体の平均点は 3.95 点であった。

3. 母子保健活動における家族支援時に自身で能力向上にむけて行っていること (表 2-3)

母子保健活動全般で保健師自身が家族を支援する際に行っていることは、「先輩や上司に相談する」が 497 名 (97.1%) と最多であり、次いで、「他職種へ相談する」388 名 (75.8%)、「専門書や関係する雑誌を読む」356 名 (69.5%) の順であった。「事例検討会へ自分のケースを報告するように努めている」保健師も 269 名 (52.5%) と半数を超えていた。「自分の時間を使い、研修へ参加する」は 242 名 (47.3%) で 5 割弱だった。

表2-3. 母子保健活動において家族支援時に能力向上にむけて自身で行っていること

項 目	回 答 状 況					
	n		%		n	
1 専門書や雑誌等を読む	読んでいる	356	69.5	読んでいない	156	30.5
2 先輩や同僚に相談する	相談する	497	97.1	相談しない	15	2.9
3 他職種に相談する	相談する	388	75.8	相談しない	124	24.2
4 事例検討会等へ自分のケースを報告するよう努めている	努めている	269	52.5	いない	243	47.5
5 自分の時間を使い、研修へ参加する	参加する	242	47.3	参加しない	270	52.7

4. 職場の学習環境・サポート体制の現状 (表 2-4)

職場の学習・サポート体制において、＜定期的にその機会がある＞ものは、「事例検討会などでケースを検討する機会」が 243 名 (47.5%)、「事例検討会などで他の保健師に対

するケースへの助言を聞く機会」が 236 名（46.1%）と 50%弱で多く、＜困った時に随時行う＞を含めると、80%を超えていた。

それ以外の項目でも＜定期的にある＞と＜困った時に随時行う＞または＜時々行う＞を合わせると、「支援の相談」が 494 名（96.5%）、「職場外の研修・学習の機会」432 名（84.4%）、「職場の研修・学習の機会」417 名（81.4%）、「他部署との連絡会」422 名（82.4%）等であった。一方、「サマリーを記載・報告し、振り返る機会」261 名（51.0%）、「児童委員との連絡会」208 名（58.2%）、「支援を評価する機会」302 名（59.0%）の 3 項目は、5～6 割程度にとどまっていた。

表2-4. 職場の学習環境・サポート体制

N=512

項 目	回 答 状 況							
	定期的にある		困った時に随時/ 時々ある		ほとんど/ あまりない		ない	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1 事例検討会などでケースを検討する機会	243	47.5	196	38.3	60	11.7	11	2.1
2 支援に関して相談する機会	132	25.8	362	70.7	10	2.0	3	0.6
3 事例検討会など職場で他の保健師に対する ケースへの助言を聞く機会	236	46.1	203	39.6	58	11.3	10	2.0
4 職場での研修会や学習会の機会	165	32.2	252	49.2	66	12.9	25	4.9
5 職場以外での研修会や学習会へ参加する機会	76	14.8	356	69.5	56	10.9	20	3.9
6 主任児童委員や民生・児童委員などの連絡 会を開催する機会	111	21.7	100	19.5	131	25.6	167	32.6
7 他部署との連絡会議や事例を検討する機会	174	34.0	248	48.4	72	14.1	15	2.9
8 地域の保育園や医療機関などの連絡会議や 事例を検討する機会	92	18.0	294	57.4	90	17.6	33	6.4
9 事例についてサマリーを記載し、報告する機 会（支援を振り返る機会）	62	12.1	199	38.9	171	33.4	77	15.0
10 支援について会議やカンファレンスで評価す る機会	88	17.2	214	41.8	135	26.4	72	14.1

※欠損値は除外

5. 対応困難な事例に関わった際の対応（表 2-5）

日頃の業務において、困難事例への対応で保健師自身が実施している内容として、「上司や同僚に報告し、助言をもらう」者は、毎회가 323 名（63.1%）、時々が 184 名（35.9%）と最も多く、両者を合わせると 507 名（99.0%）であった。次いで、「専門書・参考書で学習する」が＜毎回行う＞と＜時々行う＞を合わせると 441 名（86.1%）、「ケース検討の機会」が 406 名（79.3%）、「アセスメントツールを活用し、支援について検討」が 321 名（62.7%）であり、6 割以上が実施していた。自ら対応していた割合が 5 割以下の項目は、「事例のサマリーを作成し、報告する」が 171 名（33.4%）、「支援の評価」249 名（48.6%）

であった。

6. 家族支援実践力と保健師経験および業務経験との相関（表 2-6）

家族支援実践力と保健師経験年数、母子保健経験年数、業務経験部署数、ハイリスクケース担当数の関連については、Pearson の相関係数を算出した。家族支援実践力尺度の得点は、保健師経験年数が長い、母子保健経験年数が長い、業務経験部署数が多い、ハイリスクケース担当数が多いほど、有意に得点が高かった ($p < 0.001$)。

表2-5. 母子保健業務における家族支援で困難事例に関わった際の対応

N=512

項目		回答状況											
		n		%		n		%		n		%	
1	上司や同僚に報告し、助言をもらう	毎回もらう	323	63.1	時々もらう	184	35.9	あまりもらわない	1	0.2	もらわない	2	0.4
2	アセスメントツール等を活用し、支援について検討する	定期的に行う	75	14.6	困った時に行う	246	48.0	ほとんどしない	149	29.1	しない	38	7.4
3	専門書や参考図書等を読み、学習する（支援の方法を考える）	毎回学習する	41	8.0	時々学習する	400	78.1	あまり学習しない	65	12.7	学習しない	4	0.8
4	職場内で自分のケースを検討する機会をもつ（事例検討会など）	自分から検討を依頼	196	38.3	上司に勧められた時	93	18.2	順番が回ってきた時	117	22.9	特に もたない ¹⁾	97	18.9
5	他部署の保健師や他職種等の関係者間で情報共有や支援について検討する	定期的に行う	102	19.9	支援が行き詰った時に行う	198	38.7	時々行う	175	34.2	特に行わない	34	6.6
6	事例に関するサマリー等をまとめ、報告する	定期的に作成し報告する	92	18.0	支援が行き詰った時に行う	79	15.4	引き継ぎ時に作成・報告	266	52.0	作成しない	71	13.9
7	支援について評価する	定期的に行う	81	15.8	支援が行き詰った時に行う	168	32.8	時々行う	184	35.9	特に行わない	74	14.5

1) 「特にもたない (55名 10.7%)」に加え、「事例検討の機会がない(42名 8.2%)」を含む

※欠損値は除外

表2-6. 家族支援実践力尺度と保健師経験等との相関

項目	Pearsonの相関係数							
	家族支援実践力尺度							
	尺度全体	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	第7因子
保健師経験年数(1~37年)	0.37 ***	0.32 ***	0.34 ***	0.28 ***	0.29 ***	0.34 ***	0.38 ***	0.47 ***
母子保健経験年数(1~30年)	0.38 ***	0.37 ***	0.36 ***	0.31 ***	0.35 ***	0.37 ***	0.38 ***	0.43 ***
業務経験部署数(1~10)	0.31 ***	0.28 ***	0.28 ***	0.23 ***	0.28 ***	0.27 ***	0.30 ***	0.35 ***
ハイリスク事例担当数(0~20以上)	0.38 ***	0.33 ***	0.36 ***	0.29 ***	0.34 ***	0.32 ***	0.32 ***	0.39 ***

*** $P < 0.001$

** $P < 0.01$

* $P < 0.05$

下位尺度の支援内容

第1因子: 家族への直接的な支援、第2因子: アセスメントと目標設定、第3因子: 家族支援の評価、第4因子: 家族理解のための情報収集、

第5因子: 支援の必要な家族の発見、第6因子: 地区活動をベースにした家族支援、第7因子: 家族支援チームの形成

7. 家族支援実践力に関連する要因

家族支援実践力の各因子の平均点および尺度全体の平均点を従属変数とし、家族支援実践力と関連すると思われる項目を独立変数として、ステップワイズ法にて重回帰分析を行った（表 2-7）。なお、母子保健活動において困難事例に関わった際の対応、職場の学習環境・サポート体制に関する項目は、設問では4段階で回答を求めたが、本分析では「あり/なし」

の 2 群に分けて行った。

第 1 因子「家族への直接的支援」の最終モデルに残った変数は 7 変数であり、母子保健経験年数($\beta=0.282$, $p<0.001$)、ハイリスクケース担当件数($\beta=0.192$, $p<0.001$)、家族カウンセリングの学習経験($\beta=0.127$, $p<0.01$)、高齢者保健業務の担当経験($\beta=0.125$, $p<0.01$)、自分自身で研修・学習会へ参加($\beta=0.119$, $p<0.01$)、他部署・他職種との情報共有・ケース検討の機会($\beta=0.103$, $p<0.05$)、家族アセスメントの学習経験($\beta=0.088$, $p<0.05$)であった。調整済み決定係数は 0.263 であった。

表2-7. 家族支援実践力に関連する要因

重回帰分析(ステップワイズ法)

従属変数	独立変数(モデル)	標準化係数 β	t値	有意確率	調整済みR2乗値
家族への直接的支援 (第1因子)	母子保健経験年数	0.282	6.500	0.000	0.263
	ハイリスクケース担当件数	0.192	4.471	0.000	
	家族カウンセリングの学習経験	0.127	3.100	0.002	
	高齢者保健業務の担当経験	0.125	2.938	0.003	
	自分自身で研修・学習会へ参加	0.119	2.903	0.004	
	他部署・他職種との情報共有・ケース検討の機会	0.103	2.558	0.011	
	家族アセスメントの学習経験	0.088	2.134	0.033	
アセスメントと目標設定 (第2因子)	母子保健経験年数	0.211	4.510	0.000	0.263
	ハイリスクケース担当件数	0.217	5.012	0.000	
	高齢者保健業務の担当経験	0.121	2.831	0.005	
	家族カウンセリングの学習経験	0.108	2.644	0.008	
	自分自身で研修・学習会へ参加	0.119	2.887	0.004	
	家族アセスメントの学習経験	0.098	2.377	0.018	
	自身の育児経験	0.101	2.263	0.024	
他部署・他職種との情報共有・ケース検討の機会	0.082	2.035	0.042		
家族支援の評価 (第3因子)	母子保健経験年数	0.204	4.551	0.000	0.216
	ハイリスクケース担当件数	0.171	3.861	0.000	
	自分自身で研修・学習会へ参加	0.155	3.673	0.000	
	家族カウンセリングの学習経験	0.103	2.462	0.014	
	高齢者保健業務の担当経験	0.128	2.882	0.004	
	サマリーを記載・報告し振り返りの機会をもつ	0.101	2.398	0.017	
	家族アセスメントの学習経験	0.093	2.213	0.027	
児童福祉業務の担当経験	0.083	1.969	0.050		
家族理解のための情報収集 (第4因子)	母子保健経験年数	0.171	3.659	0.000	0.280
	ハイリスクケース担当件数	0.195	4.552	0.000	
	高齢者保健業務の担当経験	0.153	3.649	0.000	
	家族アセスメントの学習経験	0.102	2.325	0.020	
	自分自身で研修・学習会へ参加	0.117	2.885	0.004	
	家族療法の学習経験	0.098	2.447	0.015	
	他部署・他職種との情報共有・ケース検討の機会	0.114	2.806	0.005	
	サマリーを記載・報告し振り返りの機会をもつ	0.110	2.685	0.008	
	自身の育児経験	0.101	2.296	0.022	
家族の支援方法に関する学習経験	0.088	2.008	0.045		
支援の必要な家族の発見 (第5因子)	母子保健経験年数	0.238	5.076	0.000	0.259
	ハイリスクケース担当件数	0.195	4.533	0.000	
	自分自身で研修・学習会へ参加	0.128	3.138	0.002	
	他部署・他職種との情報共有・ケース検討の機会	0.145	3.619	0.000	
	家族カウンセリングの学習経験	0.129	3.195	0.001	
	自身の育児経験	0.112	2.509	0.012	
	高齢者保健業務の担当経験	0.033	2.312	0.021	
地区活動をベースにした 家族支援 (第6因子)	母子保健経験年数	0.233	5.074	0.000	0.286
	ハイリスクケース担当件数	0.144	3.360	0.001	
	自分自身で研修・学習会へ参加	0.138	3.433	0.001	
	家族カウンセリングの学習経験	0.122	3.050	0.002	
	高齢者保健業務の担当経験	0.130	3.094	0.002	
	自身の育児経験	0.12	2.710	0.007	
	職場内で自分のケースを検討する機会	0.103	2.567	0.001	
	地域の保育園・医療機関等との連絡会や事例検討の 業務分担と地区担当併用(職場の業務体制)	0.090	2.273	0.024	
	家族アセスメントの学習経験	-0.085	-2.139	0.033	
0.086	2.132	0.034			
家族支援 チームの形成 (第7因子)	保健師経験年数	0.194	3.175	0.002	0.377
	ハイリスクケース担当件数	0.195	4.893	0.000	
	職場内で自分のケースを検討する機会	0.137	3.605	0.000	
	家族カウンセリングの学習経験	0.105	2.722	0.007	
	自分自身で研修・学習会へ参加	0.124	3.302	0.001	
	地域の保育園・医療機関等との連絡会や事例検討の	0.089	2.391	0.017	
	母子保健経験年数	0.124	2.238	0.026	
	精神保健業務の担当経験	0.072	1.884	0.060	
	自身の育児経験	0.106	2.375	0.018	
	他部署・他職種との情報共有・ケース検討の機会	0.08	2.151	0.032	
	家族アセスメントの学習経験	0.082	2.042	0.042	
家族療法の学習経験	0.078	2.017	0.044		

表2-7. 家族支援実践力に関連する要因(続き)

従属変数	独立変数(モデル)	標準化係数 β	t値	有意確率	調整済みR2乗値
尺度全体	母子保健経験年数	0.226	5.042	0.000	0.341
	ハイリスクケース担当件数	0.217	5.222	0.000	
	自分自身で研修・学習会へ参加	0.150	3.765	0.000	
	家族アセスメントの学習経験	0.120	3.027	0.003	
	高齢者保健業務の担当経験	0.119	2.855	0.005	
	家族カウンセリングの学習経験	0.132	3.353	0.001	
	他部署・他職種との情報共有・ケース検討の機会	0.123	3.161	0.002	
	自身の育児経験	0.117	2.715	0.007	
	感染症対策業務の担当経験	0.091	2.270	0.024	
	自身での専門書・参考書等での学習	0.077	1.976	0.049	

※家族支援における保健師自身の対応、職場の学習環境・サポート体制に関しては、回答を2段階「なし=0、あり=1」にて実施。

第2因子「アセスメントと目標設定」の最終モデルは、母子保健経験年数($\beta=0.211$, $p<0.001$), ハイリスクケース担当件数($\beta=0.217$, $p<0.001$), 高齢者保健業務の担当経験($\beta=0.121$, $p<0.01$)等の8変数であり、調整済み決定係数は0.263であった。

第3因子「家族支援の評価」の最終モデルに残った変数は、母子保健経験年数($\beta=0.204$, $p<0.001$), ハイリスクケース担当件数($\beta=0.171$, $p<0.001$), 自分自身で研修・学習会へ参加($\beta=0.155$, $p<0.001$)等の8変数であった。調整済み決定係数は0.261であった。

第4因子「家族理解のための情報収集」は、母子保健経験年数($\beta=0.171$, $p<0.001$), ハイリスクケース担当件数($\beta=0.195$, $p<0.001$), 高齢者保健業務の担当経験($\beta=0.153$, $p<0.001$), 家族アセスメントの学習経験($\beta=0.102$, $p<0.05$), 自分自身で研修・学習会へ参加($\beta=0.117$, $p<0.01$)等の10変数が最終モデルに残った。調整済み決定係数は0.280だった。

第5因子「支援の必要な家族の発見」の最終モデル7変数は、母子保健経験年数($\beta=0.238$, $p<0.001$), ハイリスクケース担当件数($\beta=0.195$, $p<0.001$), 自分自身で研修・学習会へ参加($\beta=0.128$, $p<0.01$), 他部署・他職種との情報共有・ケース検討の機会($\beta=0.1745$, $p<0.001$)等であった。調整済み決定係数は0.259であった。

第6因子「地区活動をベースにした家族支援」は、母子保健経験年数($\beta=0.233$, $p<0.001$), ハイリスクケース担当件数($\beta=0.144$, $p<0.01$), 自分自身で研修・学習会へ参加($\beta=0.138$, $p<0.01$), 家族カウンセリング学習経験($\beta=0.122$, $p<0.01$), 高齢者保健業務の担当経験($\beta=0.130$, $p<0.01$)等の10変数が最終モデルに残った。調整済み決定係数は0.286であった。最終モデルに残った変数のうち、職場での業務体制が〈業務分担と地区担当併用 ($\beta=-0.085$, $p<0.05$)〉である場合は、家族支援実践力が低いことに関連していた。なお、職場での業務体制のうち、重回帰分析で除外された項目は〈業務分担制 ($\beta=-0.009$)〉, 〈地区担当制 ($\beta=0.000$)〉であった。

第7因子「家族支援チームの形成」の最終モデルは、保健師経験年数($\beta=0.194$, $p<0.01$), ハイリスクケース担当件数($\beta=0.195$, $p<0.001$), 職場内で自分のケースを検討する機会($\beta=0.137$, $p<0.001$), 家族カウンセリング学習経験($\beta=0.105$, $p<0.01$), 地域の保育園・医療機関との連絡会やケース検討の機会($\beta=0.089$, $p<0.05$)などの変数であった。調整済み決定係数は0.377であった。

尺度全体では、母子保健経験年数($\beta=0.226$, $p<0.001$), ハイリスクケース担当件数($\beta=0.217$, $p<0.001$), 家族アセスメント学習経験($\beta=0.150$, $p<0.001$)等の変数が最終モデルに残り、調整済み決定係数は0.341であった。

これら各因子の最終モデルに残った変数に共通する主な項目を以下に示す。個人の特性としては、母子保健経験年数、ハイリスクケース担当件数、高齢者保健業務の担当経験等であった。学習経験や保健師自身の取組みでは、家族アセスメントや家族カウンセリングの学習経験、自分自身で研修・学習会へ参加等が家族支援実践力と関連していた。職場の特性は、他部署・他職種との情報共有・ケース検討の機会、職場内で自分のケースを検討する機会などであった。

IV. 考察

1. 母子保健を担う保健師の家族支援実践力の実態

本調査は、熊本地震による被災地を除く、全国市区町村を対象とした調査であり、研究1と同じく行政保健師を対象とした先行研究¹⁰⁸⁾¹⁰⁹⁾とほぼ同様の回収率であった。調査対象である保健師の年代は30歳台が最も多く、次いで、40歳台と20歳台がほぼ同数という結果だった。研究1に加えて、行政保健師を対象とした調査¹¹⁰⁾¹¹¹⁾においては、平均年齢は40歳台であると報告されている。本調査ではこれらの研究結果と比べて、若い年代の保健師が対象であるといえる。しかし、保健師の勤務体制は分散配置が進み、母子保健を担当する保健師の4割が業務経験5年以下であるという報告¹¹²⁾があるように、母子保健業務は一般的に経験の浅い保健師が配属されることが多い。今回の調査結果はその状況を支持するものである。

よって、母子保健業務を担う保健師の家族支援実践力とその関連要因を把握しようとする本研究の対象集団としては、妥当であると考えられる。

母子保健を担う保健師の家族支援実践力の実態把握に先立ち、本尺度の信頼性・妥当性について再確認した。

まず、家族支援実践力尺度の第1因子から第7因子の各項目の天井効果・フロア効果を確

認した。その結果、設問に対する得点は、最小 1 点から最大 7 点の範囲であり、天井効果とフロア効果を示す項目はみられなかった。また、尺度全体の Cronbach's α 係数は 0.89 であり、第 1 因子～第 7 因子の Cronbach's α 係数も 0.82～0.98 でいずれも高い値を示し、内的一貫性が確保されていることが確認された。さらに、家族支援実践力尺度の得点は、保健師経験年数が長い、母子保健経験年数が長い、業務経験部署数が多い、ハイリスクケース担当数が多いほど、得点が有意に高い結果であった ($p < 0.001$)。したがって、研究 1 において開発した「行政保健師の家族支援実践力尺度」の信頼性・妥当性が本調査においても確認され、保健師の実践力を測定する尺度として使用可能であることが実証されたと考える。

家族支援実践力尺度は「常にできる：7 点～全くできない：1 点」で保健師自身が自己評価するものである。常に実践できれば、高い実践力を有していると言え、得点が高いほど実践力が高いことを示す。母子保健を担当している保健師の回答状況をみると、第 5 因子「支援の必要な家族の発見」、第 4 因子「家族理解のための情報収集」といった支援のスタートに伴う項目は、平均得点が高い傾向にあった。一方、第 6 因子「地区活動をベースにした家族支援」、第 7 因子「家族支援チームの形成」、第 3 因子「家族支援の評価」は得点が高い傾向にあった。これらの結果から、家族支援実践力の中でも修得しやすく、実践につながるものと、修得が難しい、あるいは修得に時間を要し、経験や学習を通して修得・向上する能力があると考えられる。今回の調査で得点の低かった第 6 因子や第 7 因子に関する支援内容については、保健師の実践力を向上させていく必要性が示唆された。

2. 母子保健業務を担う保健師の家族支援実践力に関連する要因

本研究では家族支援実践力の各因子の平均点および尺度全体の平均点を従属変数とし、家族支援実践力と関連すると思われる項目を独立変数として、重回帰分析を行った。その結果、尺度全体における調整済み決定係数は 0.341 であり、各因子では 0.216～0.377 であった。村瀬ら¹¹³⁾は、調整済み決定係数の解釈について、社会調査データには多くの要因が複雑に絡み合うなどのノイズが多く、決定係数が 0.20 を超えれば十分に参照する価値のあるモデルであると述べている。本研究は社会的な調査であり、第 1 因子～第 7 因子までの各因子および尺度全体の調整済み決定係数は、いずれも 0.20 を超えていた。したがって、母子保健業務を担当する保健師の家族支援実践力を説明するモデルとして、採用できると考えた。

重回帰分析の結果より関連のみられた要因について、因子ごとに以下に考察する。

1) 第1因子「家族への直接的支援」

第1因子は「家族の不安を和らげるコミュニケーション」「家族の価値観や生活習慣の尊重」「家族の意思決定をサポートする情報提供」「家族ができそうなことから実践を促す」等、家族への相談・指導に関する直接的な支援内容で構成されている。

分析結果から本因子に関連する変数は、母子保健経験年数、ハイリスクケース担当件数、高齢者保健業務の担当経験は、保健師としての経験に伴う項目であった。また、保健師自身の学習経験として、家族アセスメントの学習経験、家族カウンセリングの学習経験、自分自身で研修・学習会へ参加することが関連していた。家族アセスメントは、事例の状況に合わせた支援のタイミングや方法の選択に関わり¹¹⁴⁾、家族カウンセリングは実際に支援を行う際に、家族に寄り添い、家族自らサービス利用などの意思決定を促すための技術として用いられる。Zerwekh¹¹⁵⁾は、家族ケアの中心技術として「自分でできることを励ます」ことをあげ、家族が選択する力をもっていると信じ、家族が自信をもてるように援助すること、何を必要としているかをよく聞き、そこから取り組み始めことの重要性について述べており、家族カウンセリングに通じる支援技術と考えられる。分析結果からも家族アセスメント・カウンセリングが、家族支援を行う際に必須となる知識・技術であることが推察された。

さらに、職場のサポート体制として、他部署・他職種との情報共有・ケース検討の機会があることは第1因子である直接的支援能力の高さにつながるということが明らかになった。保健師の専門能力形成には、家庭訪問や保健事業等の体験を体系的に意味づけ、支援に対する確かな視点を育てる援助が求められると言われている¹¹⁶⁾。ケース検討の機会は、その一助になると考える。「家族への直接的支援」に関する実践力には保健師としての経験に加えて、保健師自身の学習経験や研修会等へ自ら参加するといった意欲などの個人要因に加えて、ケース検討等の機会といった職場の体制が関連していることが示唆された。

2) 第2因子「アセスメントと目標設定」

本因子は、「問題解決に向けて家族のキーパーソンを見極める」「家族の対処能力をアセスメントできる」「家族支援において関係職種・機関との連携の必要性・可能性についてアセスメントできる」「収集した情報を統合して家族の健康問題・ニーズをアセスメントできる」「支援の長期・短期目標を設定できる」等のアセスメントと目標設定の内容で構成されている。

母子保健活動においては、昨今、虐待が疑われるハイリスクケースへの対応が増加してい

る。保健師は、虐待の背景にある保護者の心理・社会的要因、経済的要因、伝統的な育児観などにふれ、戸惑いながらも複雑な問題への対応を試みている¹¹⁷⁾。家族を支援する際のアセスメントは様々な観点から行われるが、『家族の発達段階、家族の構造、家族機能』は、いくつかの家族看護の理論・モデルに共通しているアセスメント内容である¹¹⁸⁾。特に虐待が疑われるような問題を抱えている家族のアセスメントには、家族成員の関係性や家族内外のシステムを捉え、問題を明らかにして支援の方向性を探ることが求められる。さらに福祉分野などの関係職種・機関と情報を共有し、連携を図らなければ問題解決に結びつかない。

このように問題の背景まで考慮し、解決を目指すアセスメント能力には、第1因子と同様に保健師の業務経験として、母子保健経験年数、ハイリスクケース担当件数、高齢者保健業務の担当経験のほか、自身の育児経験が関連していた。

また、分析結果から学習経験については、家族アセスメントおよび家族カウンセリングの学習、自分自身で研修・学習会へ参加するという意欲が実践力の関連要因であることが示された。職場の体制では、他部署・他職種との情報共有・ケース検討の機会が関連要因として残った。これらの要因は、前述したように保健師が家族を支援するにあたって実践している家族アセスメント内容に合致するものであり、アセスメントと目標設定の能力を高めるために重要であると考えられる。

3) 第3因子「家族支援の評価」

第3因子は「目標達成状況の評価」「家族との信頼関係の評価」「利用サービスの評価」等といった家族支援の評価に関する内容である。

母子保健業務に携わる保健師は、虐待が疑われる事例や困難事例への対応が多く、計画的かつ継続的な支援が求められる¹¹⁹⁾。困難事例への支援は多職種が関わるため、支援の方向性の検討をはじめ、支援の評価も関係機関と共に行われる¹²⁰⁾。重回帰分析の結果、最終モデルに残った「サマリーを記載・報告し振り返りの機会をもつ」ことは、保健師自身の支援の評価にとどまらず、他職種・他機関とチームで家族支援の評価を行うためにも必要とされるものであろう。さらに、チームで支援の評価を検討し合う機会を重ねることが、評価能力の向上にもつながっていると考える。

また、保健師としての経験では、母子保健経験年数等の他、児童福祉業務の担当経験が家族支援の評価能力へ影響していた。児童福祉業務は、母子保健業務に比べて、虐待事例や問題を抱える家族へのアプローチがより求められ、日々の業務における継続支援、他職種との

協働が不可欠である。この点は、サマリーを記載・報告し振り返りの機会をもつことと共通している。

サマリーを記載・報告し振り返りの機会をもつことは、本因子「家族支援の評価」および第4因子「家族理解のための情報収集」以外の因子では最終モデルには残らず、評価や情報収集の支援能力に関して効果的であると考えられる。しかし、自分のケースを事例検討会で報告するように努めている保健師は52.5%にとどまり、また、職場内でケース検討する機会がほとんどない・ない者は13.1%という結果であった。ケース検討は比較的、職場で取り組みやすいものであり、その体制を整えていく必要がある。

4) 第4因子「家族理解のための情報収集」

第4因子は「家族の生活歴の把握」「家族成員の病歴を把握」「家族の大切にしている考え方・価値観の把握」等で構成されている。

母子保健活動は、育児支援や虐待予防に向けて育児期にある家族に関わることが多い。対象となる母親理解のために保健師は、母親の心身状況把握のみならず、コミュニケーション力や家事育児力といった能力のアセスメント、さらに生活全般を捉える「母親理解のための技術」を用いている¹²¹⁾。健康問題に関する情報に加えて、生活状況や家族成員のサポート状況、家族を取り巻く近隣や地域の情報を多角的に捉えて、母親をはじめとして家族全体への理解を深め、家族像を作っていく。情報収集や家族アセスメントに際しては、家族の構造—機能理論、家族周期理論、家族システム理論、家族相互作用理論、家族ストレス理論、家族危機理論などを活用する¹²²⁾。

結果より、この因子に関連する学習経験としては、家族アセスメントおよび家族カウンセリング以外に、家族の支援方法や家族療法の学習経験が関連要因としてあげられた。家族カウンセリング、家族への支援方法、家族療法は、家族にまつわる各理論を基盤としている。したがって、家族への支援を検討するプロセスにおいて、これらの学習経験が活用されていることが示された。理論などの学習経験を実践と結びつけ、経験を積み重ねることによって、本能力をさらに向上させていくことが可能であると考えられる。

5) 第5因子「支援の必要な家族の発見」

第5因子は「健康相談から支援が必要な家族を見つける」「医療機関等から継続支援につなげる」等の支援の必要な家族の発見に関する内容である。

地域で母子保健活動を行っている保健師は妊娠中から母親となる妊婦と出会う機会がある。益邑¹²³⁾は、92.5%の市町村で妊娠届時の面接を保健師が行っていると報告している。保健師は妊娠届時、つまり母子健康手帳交付時から継続して支援を行っていくことができるが、支援を必要とする妊婦の多くは問題を抱えていても自ら支援を求めていることが多い。保健師は妊娠届時等に、家族状況の複雑さや妊娠を気遣う行動がみられないこと、産むことへの迷い等から支援の必要な母親を把握し、生きづらさを抱えていることを察知して支援につなげている¹²⁴⁾。妊娠届時以外にも乳幼児健診や日頃の相談活動等においても保健師は、援助の必要性を見極め、継続支援を行っている¹²⁵⁾¹²⁶⁾。医療機関での看護とは異なり、「支援の必要な家族の発見」からアプローチを開始し、長期的に経過をマネジメントする能力が保健師には求められる。

支援のスタートともいえる第5因子に関わる個人の経験は、母子保健経験年数、ハイリスクケース担当件数、高齢者保健業務の担当経験、自身の育児経験で、第2因子「アセスメントと目標設定」をはじめとする他因子と共通していた。これは、保健師が対象者との初期段階でのコンタクトにおいて関係性を構築しつつ、アセスメント能力を駆使し、支援の必要な家族をキャッチしているものと考えられる。

職場の体制としては、他部署・他職種との情報共有・ケース検討の機会が本因子に関連していた。日頃から関係機関や職種とコミュニケーションをはかり、情報共有できる体制づくりが支援の必要な家族の発見に重要であることが示された。これは虐待予防対策¹²⁷⁾として、関係機関からの情報提供、および乳幼児家庭全戸訪問事業などから支援の必要な家族を早期につかみ、支援活動を実践している保健師活動の特徴と一致するものである。

6) 第6因子「地区活動をベースにした家族支援」

第6因子は「近隣住民の協力を得る」「地域診断からハイリスクグループを把握する」「不足しているサービスの開発」等で地区活動をベースにした家族支援である。育児不安が強い事例をはじめとした家族への支援では、生活の場である地域において、児童委員あるいは母子保健推進員、近隣住民、さらに、保育園や地域の医療機関といったフォーマル、インフォーマルサービスを理解し、保健師は日頃から関係づくりをしている。乳児を育てている家庭と地域社会をつなぐ目的で実施される生後4カ月までの全戸訪問事業は、地域住民である母子保健推進員と保健師が協働して子育て支援を行っている¹²⁸⁾。母子保健推進員は支援の必要な家族への見守りや手助けとなる地域のサポーターであり、また、そこから地域の情報を

得て、地区での相談事業の開催や子育てサロン・交流の場をつくる等の子育て環境の改善につなげ、個別支援と地区活動を連動させている。

この家族支援に関連する要因で保健師としての経験や個人の学習経験は、母子保健経験年数、ハイリスクケース担当件数、高齢者保健業務の担当経験、自身の育児経験等で他因子と同様の項目が多かった。一方、本因子に特徴的なものとして、職場内で自分のケースを検討する機会、地域の保育園・医療機関等との連絡会や事例検討の機会などの項目がモデルに残った。これは保健師が担当する地区の状況を把握し、家族が生活する地域での支援体制を整えることにつながるものである。したがって、この能力を高めていくためには、家族に対する直接的な情報収集や支援に関する学習や経験だけでなく、地域を対象とした視点での経験を積み重ねていく必要があり、分析結果はそれを支持するものと考えられる。

さらに、職場での業務体制が〈業務分担と地区担当併用〉の場合は、家族支援実践力が低いことに関連していた。重回帰分析で除外された業務体制として〈業務分担制〉〈地区担当制〉があり、その結果から、地区担当制は地区活動を推進しやすく、業務分担制は地区活動を展開しにくい体制であることが推察される。〈業務分担と地区担当併用〉の業務体制は分析対象の76.8%が採用していたが、十分に地区担当業務が行える状況ではなく、地区活動をベースにした家族支援の実践力の低さに影響していると考えられた。今後、どのように業務体制を整え地域での保健活動を進めていくか、もしくは現状の業務体制において、地区活動を行えるような業務のバランスや体制を組織的に検討していくことが課題である。

7) 第7因子「家族支援チームの形成」

第7因子は「事例検討会の運営・企画」「家族に対するチーム支援の基盤整備」等の家族支援チームの形成に関するものである。保健師にとって、連携は専門職の職能として特徴的であり、業務遂行上重要な活動と位置付けられており¹²⁹⁾、保健師が行う個別支援には、多職種との連携が必須とされる。一例としては、発達障害が疑われる事例に対しては、児童精神科医、臨床心理士、保育所、療育機関の関係者などと情報交換やチームでの調整を行いながら、療育支援をしていることがあげられる¹³⁰⁾。虐待が疑われる事例や保護者が精神疾患を抱えて育児をしている事例、育児不安が強い事例なども、個別支援の能力と関係者とのチームでの連携支援の能力が必要である。

これらのチームを形成し家族支援を展開する能力の職場の関連要因は、地域の保育園・医療機関等との連絡会や事例検討の機会、他部署・他職種との情報共有・ケース検討の機会な

どであった。連携を進める最も強力な要素は「問題の共有、目的の共有化」であると言われている¹³¹⁾。また、荒井ら¹³²⁾は、紙面での連絡ではなく、相互交流や定期的に集まり、情報交換会で相互評価する場が連携には必須であると述べている。関係機関との連絡会や事例検討の機会は、問題を共有し、役割分担を確認、チームでの支援を検討する場として機能していると思われ、顔のみえる関係を築く基盤となることから、結果で示された職場の要因を支持するものである。

また、保健師としての経験は、母子保健経験年数よりも保健師経験年数の関連が強い結果であった。また、精神保健業務の担当経験も他因子にはみられず、チームで家族支援を進めていく実践力に特徴的な経験であった。家族支援実践力の向上には、母子保健の経験のみならず、他部署の保健師活動を経験するジョブ・ローテーションのあり方や地域の関係機関と連携・協働体制の整備および推進が課題であると考えられる。

8) 研究2のまとめ

各因子の最終モデルに残った変数において共通する主な項目を以下に示す。保健師としての経験は、母子保健経験年数、ハイリスクケース担当件数、高齢者保健業務の担当経験等であった。個人要因である学習経験や保健師自身の取り組みでは、家族アセスメントや家族カウンセリングの学習経験、自分自身で研修・学習会へ参加すること、自身の育児経験等が家族支援実践力と関連していた。職場の体制は、他部署・他職種との情報共有・ケース検討の機会、職場内で自分のケースを検討する機会があるなどであった。これらの結果から、家族支援実践力には、保健師としての経験、学習経験や自身の意欲・取り組み等の個人要因、職場の環境・サポート体制の組織要因の3要因が関連していることが明らかになった(図4)。

先行研究において、保健師の公衆衛生基本活動遂行¹³³⁾、施策化¹³⁴⁾、専門性発展力¹³⁵⁾など様々な保健師活動の実践力には保健師としての経験年数や業務経験部署が影響していることが報告されている。本研究結果から、家族支援実践力もその点と共通していることが確認された。また、家族アセスメント・カウンセリング等の学習経験があることと家族支援実践力との関連性については、研究1の結果を支持するものであった。

さらに、本研究2においては、これらの保健師としての経験や個人要因に加えて、職場・組織の要因に関する内容が抽出された。

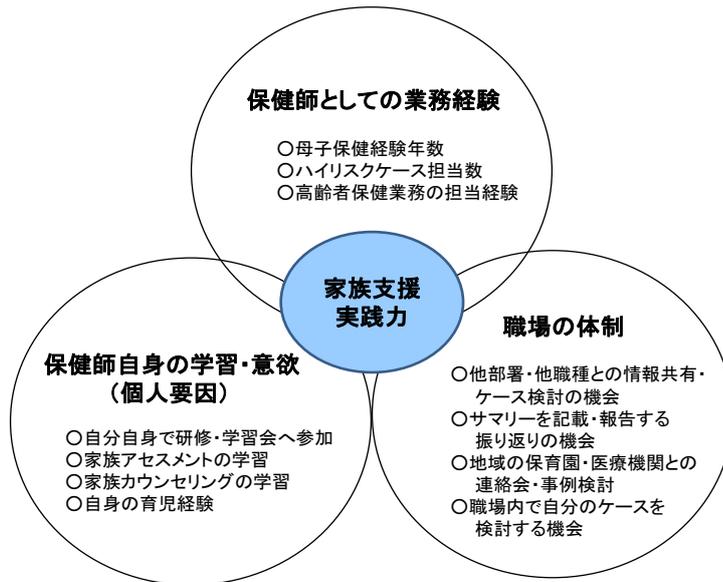


図4. 母子保健業務に携わる保健師の家族支援実践力に関連する要因

能力や実践力を高めるためには、一般的に個人の経験や学習はもとより、組織として学習を促進させる体制やマネジメントが重要であると言われている。ピーター・センゲ¹³⁶⁾は、「人が継続的にその能力を広げ、望むものを創造したり、新しい考え方やより普遍的な考え方を育てたり、集団のやる気を引き出したり、人々が互いに学び合うような場」を『学習する組織』と定義している。学習する組織を構築するためには、①システマティックな問題解決、②新しい考え方や方法の実験、③過去の経験からの学習、④他者・外部の経験や過去の例からの学習、⑤知識の移転（共有化）が有効である¹³⁷⁾。これらは一般企業の専門職に限らず、保健師が所属する組織においても活用することが可能である。保健師自身の日々の母子保健活動、つまり経験から家族支援について学ぶことや職場の同僚や先輩保健師からの助言やサポート、他職種・他機関との検討会・連絡会を通じた学習の機会など、問題解決を促す「学習する組織」の構築である。いかに学習する組織をつくり、継続できるかが重要であり、それが組織全体の能力に関わる。

本研究で家族支援実践力の各因子および尺度全体の平均点を従属変数として重回帰分析を行った結果、保健師が所属する自治体の人口規模や保健師数等といった職場の特徴は、実践力に関連する要因として残らなかった。したがって、他部署・他職種や地域の関係者との情報共有・ケース検討の機会、職場内で自分のケースを検討する機会など本研究で明らかになった情報共有・事例検討会の場を設け、保健師の経験を意味づけ、学習を重ねることができ体制を組織として整えていく必要があると考える。

また、熟練者の優れた能力や Good Practice は、暗黙知と言われることがある。これまで述べてきたように組織内での経験の共有・学習を通して、暗黙知である実践能力の高い保健師の支援技術を形式知へ変え、経験の浅い保健師をはじめとして、組織内の保健師全体が支援のあり方を学び、実践力を高めていくことで家族への質の高いケアを行っていくことが望まれる。それが一人ひとりの保健師の実践力向上、ひいては職場全体の保健師の実践力の底上げになる。

保健師の現任教育について藤田ら¹³⁸⁾は、研修会だけでは教育効果が低く、OJTとOff-JT、自己研鑽を連動させていく必要性があり、これまで以上にOJTが重要であると指摘している。個々の保健師が専門性を高めるためには、組織や職能全体で共に育ち合うという組織文化の醸成を図ることが求められている¹³⁹⁾。保健師の家族支援実践力を向上させていくためにも、組織としての人材育成・サポート体制を整備・推進していく必要がある。

第6章

総合考察

本研究の目的は、行政保健師の家族支援実践力を測定する尺度を開発し、母子保健における尺度の活用について検討することである。

研究1では、まず、文献検討および面接調査から行政保健師の家族支援実践力に関する内容を抽出し、尺度の原案を作成した。それを基に保健師・保健師経験者を対象にグループインタビュー、プレテストを経て、全国市区町村の母子保健および高齢者保健部門の保健師1500名を対象とした質問紙調査を行った。Cronbach's α 係数の算出、因子分析、再テスト法等により尺度の信頼性、妥当性を検討し、7因子からなる78項目の尺度を開発した。

次に研究2においては、研究1で開発した行政保健師の家族支援実践力尺度について、母子保健業務を担う保健師を対象として、実践力測定ツールとしての使用可能性を再度、確認した。それとともに、家族支援実践力の関連要因を検討した。

以上の研究結果から、行政保健師の家族支援実践力尺度の開発過程を振り返り、総合考察として尺度の活用について考察する。

I.保健師個人の実践力形成に向けて

行政保健師に求められる能力は、直接的な対人支援能力から施策化等まで幅広く、また、社会の変化に伴い、対応すべき課題も多様化している¹⁴⁰⁾。しかし、保健師が公衆衛生の向上・増進に向けた活動を担い、住民にとって身近な専門職であることに変わりはない。保健師は、地域での健康課題を見出し、支援につなげ、地域のサポート体制を整備することが期待されている¹⁴¹⁾が、個人・家族への対人支援能力は保健師活動のベースである¹⁴²⁾¹⁴³⁾。

また、研究2で対象とした母子保健は、家族支援の機会が多い分野ではあるが、それ以外にも高齢者、難病、精神保健など保健師が関わる対象は幅広く、あらゆる分野や場面で家族への支援が行われている。したがって、保健師に家族支援実践力の修得は必須である。しかし、これまでに行政保健師の家族支援に対する実践力を測定・評価するツールはなく、本研究ではどのような分野においても使用可能な行政保健師の家族支援実践力を測る尺度の開発を目指した。

研究1で開発した「行政保健師の家族支援実践力尺度」は、尺度原案の作成段階において、行政保健師の意見聴取・評価を得て、各項目の適切性を確保した。さらに、本尺度の合計得点および各因子の得点と佐伯らの個人・家族を対象とする対人支援能力5項目との相関係数から基準関連妥当性が確保されていると判断でき、妥当性が認められた。また、再テスト法による級内相関係数の結果から、尺度の再現性が確保できたといえる。

研究2においても、Cronbach's α 係数の結果から内的整合性が確保されていることが確認できた。また、尺度の得点と保健師経験年数、母子保健経験年数、業務経験部署数、ハイリスクケース担当数などとの相関を認めた ($p < 0.001$)。これらのプロセスを経て開発された本尺度は、行政保健師の家族支援実践力を評価する指標として重要な因子が抽出でき、行政保健師の家族支援実践力を測定する高い信頼性・妥当性を有している尺度であると考えられる。

本研究で開発した尺度について、3つの観点から活用の可能性を述べる。

第1に、保健師個人の実践力に関する横断的な形成評価があげられる。保健師の実践力育成には、一人ひとりの内発的な取り組みが基盤となる。そのためには業務経験や研修などから獲得した能力などの現状を客観的に評価し、今後の進むべき方向性や目標を明確にし、主体的に成長を図る「自律性」を高めることが求められる¹⁴⁾。本尺度は、家族支援に関する実践力を自己評価ではあるが、多方面から網羅的に測定するものであり、行政保健師としての実践力を自身で確認し振り返りができるといった利点がある。尺度は7因子から構成され、直接的な支援から地域保健活動を視野に入れた家族への支援内容まで含まれており、保健師としての実践力を幅広く測定・把握する上で有用であろう。測定時点での保健師個人の家族支援の修得状況をチェックし、自身の不足している点を把握することによって、強化すべきポイントをつかむことができる。保健師の家族支援実践力に関する形成評価の指標として活用可能である。

また、尺度の項目は、行政保健師が家族を支援する際に必要とされる具体的な内容で構成されている。保健師が家族に対する支援の振り返りを行い、支援のチェックリストとして用いることができると考える。

第2に、事例の支援に向けた活用の可能性はある。本尺度は、保健師個人の実践力のチェックだけでなく、家族を支援するにあたって、不足している情報や必要とされる支援の確認といった事例の支援に向けたチェックリストとして活用できると考えられる。地域保健活動が展開される現場において本尺度を活用することで、効果的に家族支援へつなげることが期待できる。

第3に、実践力の経時的な評価指標としての活用があげられる。ある程度の期間を空けて本尺度を用いて実践力を評価することにより、個々の保健師の成長を確認することが可能である。

以上のことから、個々の保健師の形成評価の指標として、家族支援実践力を高めていくために活用できる尺度であると考えられる。

II. 組織全体の実践力向上を目指して—サービスの標準化に向けた評価指標としての活用—

専門職の実践力育成・向上には、個人の経験・意欲が重要であり、自己研鑽が必要とされる。加えて、研究2で明らかにされたように、保健師の実践力は、職場環境・組織にも影響を受ける。OJTやOff-JTをはじめとする学習の機会是不可欠であり、様々な教育が行われている。教育の実践においては、教育効果を判断する評価方法が欠かせないと言われている¹⁴⁵⁾。本研究で開発した家族支援実践力尺度は、保健師各々がどの程度、実践力を習得しているか把握することにとどまらず、組織で使用するによって、職場全体の保健師の実践力を評価する指標として活用できる可能性がある。

尺度の活用方法としては、まず、職場の保健師に強化が必要な内容チェックに役立つと考えられる。特に母子保健分野においては、経験の浅い保健師が配置されることが多いため、本尺度を使用して組織の保健師全体に対して強化すべき家族支援の内容を把握することは重要である。その上で、研究2の結果で抽出された「他部署・他職種や地域の関係者との情報共有・ケース検討の機会」「職場内で自分のケースを検討する機会」などとリンクさせて、実践に向けて修得すべき点を学び合う組織のサポート体制を充実させていくことが望まれる。組織全体の実践力向上は、保健サービスの質を担保することにつながり、本尺度の活用はその一助になると考える。

また、尺度の使用可能性として、組織での研修会や教育前後での教育効果の測定があげられる。OJTで実施した教育内容・方法の評価に活用することにより、効果的な教育に結びつけることができる。

家族支援実践力を修得・向上させていくためには、その実践力に関連する要因、つまり、研究結果で明らかになった「保健師としての経験」「学習経験や自身の意欲・取り組み等の個人要因」「職場の環境・サポート体制の組織要因」を考慮することが効果的であると考えられる。個人の意欲や経験を最大限に引き出し、組織全体で共有して学習できる組織の支援体制をさらに推進していく必要がある。

III. 研究の独創性

本研究を振り返り、研究の独創性を以下に述べる。

行政保健師は、国民の公衆衛生の向上および増進に向けた活動を実践する専門職であり、行政保健師に期待される実践能力¹⁴⁶⁾¹⁴⁷⁾で示されているように、家族への支援は、地域保健活動の基盤になるものである。よって、個人・家族への支援は行政保健師として不可欠であるが、その実践はこれまで十分に体系化されていなかった。現任保健師は支援に向けて、個人・家族・集団・組織・地域を連動させて捉えることができない¹⁴⁸⁾と指摘されている中、本研究はその基盤となる家族支援の内容を支援プロセスに応じて明らかにした。尺度の因子・項目には、支援の対象家族と地域支援の双方の視点を持ち、それらを連動する活動内容が含まれており、行政保健師の家族支援の特徴を提示した。本研究で得られたこれらの知見は、行政保健師の家族支援の実践や保健師の基礎教育においても役立つと考えられる。

次に、支援の必要な家族を見つけること、対象家族の支援から地域の体制を整えることや不足しているサービスを検討するなど、家族支援と地域支援を連動させた活動を行うといった医療機関での家族支援とは異なる行政保健師の特徴を踏まえて評価尺度を開発し、信頼性および妥当性を検証して保健活動実践への有用性を示した点で意義があると考ええる。

また、本尺度は、ある特定分野に限定した家族支援ではなく、行政保健師が対象としている幅広い家族への支援を想定したものである。したがって、あらゆる分野での家族支援への活用可能性がある点で、新規性がある。

さらに、第一段階としてまず家族への支援の機会が多い母子保健業務に携わる保健師の家族支援実践力の実態を把握し、実践力の関連要因を明らかにした。その結果から、保健師としての経験および個人要因に加えて、組織としての要因が重要であり、家族支援実践力を修得・向上させるために有用な組織のサポート内容を具体的に提示した。これらは、保健師個人の実践力だけでなく、組織全体における保健師の実践力向上、ひいては保健サービスの標準化に貢献できると考える。

IV. 研究における限界と今後の課題

今回の調査における分析対象は、研究 1 では回収率 35.3%、研究 2 においても 35.0%にとどまり、家族支援に対する関心が高い行政保健師による回答であると推察され、一般化には注意を要する。しかし、研究 1 および研究 2 は双方とも全国規模の調査であり、いくつかの先行研究と同程度の回収率は得られており、行政保健師の母集団と類似した集団と捉えることが

できる。さらに今後、研究対象者を増やして、本研究結果の信頼性を高めていく必要がある。

また、本研究は対人保健サービスを担うことが多い市町村および政令市・特別区等の保健師を対象としており、県型保健所における保健師の支援内容に関しては、さらに検討を重ねて、明らかにしていくことが求められる。

一方、人口5万人未満の町村などの自治体は、勤務する保健師が少数であり、地区分担制の業務体制であるところが多く、その影響を鑑み、研究2の対象から除外した。家族支援は対人保健サービスの技術のひとつであり、支援プロセスや実践内容は自治体の人口規模に左右されずに共通している。したがって、人口規模が小さい市町村での家族支援においても本尺度は活用できる。しかし、実践力に影響する要因は、人口規模が大きな自治体との共通点だけでなく、小規模な自治体ならではの特徴があると考えられる。この点については、本研究の限界であり、残された今後の課題である。

加えて、母子保健以外にも高齢者や難病、精神保健等の他分野での保健師の家族支援実践力の実態、尺度の活用について調査していきたい。さらに、保健師が家族支援を実践する際に本尺度を用いて、分析を加えることで、尺度の信頼性をより高めていくとともに、尺度の活用可能性について検討を深めていくことが課題である。

少子高齢化が進行し、地域包括ケアシステムの推進が期待される中、高齢者の認知症や介護を要する家族をはじめとする高齢者のみならず、家族支援をベースにしながら、他職種・他機関、そして地域住民などとの連携・協働をはかっていくことがますます重要となる。今回の研究では母子保健分野での実証的な検討を試みたが、様々な分野での家族支援実践の向上、住民への保健サービスの充実に向けて、広く本尺度が活用され、その一助をなることを目指して研究を進めていく必要がある。

本尺度のCronbach's α は0.8以上あり、高い信頼性が認められたが項目数が多いため、簡便に家族支援実践力を測定できるよう改良の余地がある。一般的に尺度の項目数については、規定や推奨される数値などは示されていないが、尺度開発に関する先行研究では、30～50台の項目数が多い。行政保健師のスキル・能力にまつわる尺度やアイデンティティ尺度における項目数は15～40弱である。したがって、尺度の実用化に向けて、今後、項目の精選が必要であると考えられる。ただし、前述したように、支援の状況やプロセスに応じたチェックリストとしての活用や本尺度のある一部の因子に対する測定を行い、保健師の実践力を評価するといった簡易的な使用も可能であると考えられる。その具体的な活用可能性についても、実践での使用と評価を重ねていきたい。

研究2において重回帰分析を行い、母子保健を担う保健師を対象に家族支援実践力の関連要因を明らかにした。研究2の結果・考察で述べたように要因は抽出できたが、その最終モデルの調整済み決定係数は各因子0.216～0.377であり、今回の調査で明らかになった要因以外にも影響する要因を考える必要がある。

本研究をベースにして、保健師の経験年数や保健活動の分野による家族支援実践力の修得状況の調査を進めていくことで、保健師の経験レベルや保健師が従事する分野に応じた教育のあり方やプログラムを検討し、提案できる可能性がある。保健師の実践力や地域保健活動に寄与する研究へと発展させていくことを課題としたい。

第7章

結 論

本研究は、地域保健活動を担う保健師の実践力の強化に向けて、行政保健師の家族支援実践力を測定する尺度を開発し、母子保健における尺度の活用可能性について検討した。

研究1では家族支援実践力尺度を開発に取り組み、研究2では母子保健分野での実証研究を行った。その結果、以下の結論を得た。

研究1：尺度開発

行政保健師の家族支援実践力尺度を開発し、信頼性・妥当性を検証した。

1. 因子分析の結果、7因子78項目が抽出され、各因子を「支援の必要な家族の発見」「家族理解のための情報収集」「アセスメントと目標設定」「家族への直接的な支援」「地区活動をベースにした家族支援」「家族支援チームの形成」「家族支援の評価」と命名した。

2. 尺度全体および各因子において、Cronbach's α 係数の算出を算出した。尺度全体のCronbach's α 係数は0.88、各因子のCronbach's α 係数は0.97～0.82であった。また、再テスト法による級内相関係数は全項目で $r=0.75$ 以上であった。これらの結果から、信頼性を有する尺度であると判断できた。

3. 尺度得点と佐伯らの個人・家族を対象とする対人支援能力5項目との相関、また、尺度得点と経験年数、業務経験部署数、家族支援に関する学習経験との関連が認められたことから、尺度の妥当性が確認された。

このような検討を通して、一定の信頼性・妥当性のある「行政保健師の家族支援実践力尺度」が開発された。

研究2：母子保健における実証研究

母子保健を担う全国の保健師へ質問紙調査を行った。

研究1で開発した家族支援実践力尺度に関するCronbach's α 係数は尺度全体で0.89、第1因子～第7因子のCronbach's α 係数も0.82～0.98と、内的一貫性が確認された。

また、家族支援実践力との関連要因は次のとおりであった。①保健師としての経験は、母子保健経験年数、ハイリスクケース担当件数、高齢者保健業務の担当経験であり、②学習経験や自身の意欲・取り組みでは、家族アセスメントや家族カウンセリングの学習経験、自分自身で研修・学習会へ参加すること、自身の育児経験等であった。③職場のサポート体制は、他部署・

他職種との情報共有・ケース検討の機会，職場内で自分のケースを検討する機会がある等だった。

開発された尺度は，保健師個人の家族支援実践力の評価指標として用いることができる。加えて，母子保健分野において，組織として強化すべき実践内容を把握し，実践力向上につながる職場体制の構築などへの活用可能性が示された。

謝 辞

本研究を終えるにあたって、ご指導・ご支援を賜りました皆様に感謝の意を述べさせていただきます。

お忙しい中、インタビューや質問紙調査にご協力いただきました行政機関の管理者様、保健師の皆様および大学・短期大学において公衆衛生看護学教育に携わっておられる教員の皆様に厚くお礼申し上げます。特にインタビュー調査においては、保健師の皆様のお話をうかがいながら、保健師の実践力のすばらしさを改めて感じ、地域保健活動のあり方を考え、共有する機会をいただきました。さらに、皆様からは実践内容を提示していく必要性についてご理解・励ましをいただき、本研究を進めていく上での大きな支えとなりました。

また、研究の計画段階から論文作成に至るすべての過程を通して、国際医療福祉大学大学院看護学分野責任者 公衆衛生看護学領域教授 荒木田美香子先生には、終始ご丁寧なご指導を賜りました。研究者として課題に取り組む姿勢、ご見識の深さから、多くのことを学ばせていただきました。そして、研究が思うように進まず、頭を抱えることが度々ありましたが、先生の温かい励ましによって、前に進むことができました。謹んで心より感謝申し上げます。

本大学院公衆衛生看護学領域 荒木田研究室ゼミの皆様には、共に研究に取り組み、学び合い、たくさんの励ましやアドバイスをいただきました。皆様と過ごした貴重な日々は、自分自身の成長につながり、大きな糧となりました。深く感謝申し上げます。

文献リスト

- 1)長戸和子.家族看護実践の課題.高知女子大学看護学会誌 2008;33(1):2-16
- 2)柳原清子.混沌とした医療の時代における家族看護の視座とあり方.臨床看護
2009;35(10):1421-1426
- 3)鳥居央子,森秀子,杉下和子.看護職者の家族看護についての認識—本学会員対象の調査成績
から—.家族看護学研究 2004;9(3):113-122
- 4)三浦まゆみ,中村令子,久保よう子.入院患者の家族への日常的な関わり行動に対する看護師
の認識—東北地区・国立病院機構看護師の調査から—.岩手県立大学看護学部紀要
2006;8:1-12
- 5)武田淳子,古谷佳由理.小児看護婦による家族アセスメントの実態,家族看護学研究 1997;
3(1):30-37
- 6)泊祐子.双子の一方に障害児を持つ母親の社会化プロセス.日本看護科学学会誌
2005;25(1):39-48
- 7)今岡万理,泊祐子.重症集中ケアにおける家族看護過程の特徴,家族看護学研究
2007;12(3):125-132
- 8)長戸和子,大川宣容,川上理子.がん患者の家族に対する看護師のかかわり.家族看護学研究
2003;9(1):26-36
- 9)Dr. Tompson, R.Meddis Wives' responses to counseling early after myocardial
infarction. Psychosomatic Res 1991;34:249-258
- 10)若林由香,曾田陽子,三島美千子.家族援助に対する看護者の意識調査(第1報).島根県立看護
短期大学紀要 1998;3 巻:51-54
- 11)梶谷みゆき,曾田陽子,三島美千子.家族援助に対する看護者の意識調査(第3報).島根県立看
護短期大学紀要 1999;4 巻:1-4
- 12)竹元仁美,萩原明人,木下みゆきら.看護職者における家族看護実践に影響する要因の研究.聖
マリア学院紀要 2009;23 巻:29-38
- 13)松坂由香里,新村直子,柳原清子.臨床看護師の家族看護実践および教育研修への認識と実態.
東海大学健康科学部紀要 2010;第16巻:75-82
- 14)松坂由香里,荒木田美香子.行政保健師の家族支援実践力尺度の開発—信頼性・妥当性の検討
—.家族看護学研究 2017;22(2):74-86
- 15)津村智恵子編.地域看護学.東京:中央法規出版 2002: 2-8

- 16) Joyce V. Zerwekh. A Family Caregiving Model for Public Health Nursing. Nursing Outlook 1991; 39(5):213-217
- 17) 入江安子, 津村智恵子. 保健師の家族看護介入能力に関する研究, 家族看護 2004; 2(2):138-147
- 18) Simpton P, Tarrant M. Development of Family Nursing practice scale, Journal of Family Nursing 2006; 12(4):413-425
- 19) Meiers SJ, Tomlinson P, PedenMcApline C. Development of the Family Nursing Caring Belief Scale. Journal of Family Nursing 2007; 13(4):484-502
- 20) 山本則子, 岡本有子, 鈴木育子ら. 高齢者訪問看護における家族支援に関する質指標の開発. 家族看護学研究 2007; 13(1):19-28
- 21) 岩本里織, 岡本玲子, 塩見美抄. 「公衆衛生基本活動遂行尺度」の開発と信頼性・妥当性の検証 - 保健師の全国調査結果から. 日本公衆衛生雑誌 2008; 55(9):629-639
- 22) 塩見美抄, 岡本玲子, 岩本里織. 事業・社会資源創出に関する保健師のコンピテンシー評価尺度の開発信頼性・妥当性の検討. 日本公衆衛生雑誌 2009; 56(6):391-401
- 23) 鈴木由里子, 田高悦子. 行政保健師の施策化能力評価尺度の開発. 日本公衆衛生雑誌 2014; 61(6):275-285
- 24) 麻原きよみ, 大森純子, 小林真朝ら. 保健師教育機関卒業時における技術項目と到達度. 日本公衆衛生雑誌 2010; 57(3):184-194
- 25) 公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会. 公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会活動報告「保健師のコアカリキュラムについて」. 日本公衆衛生雑誌 2005; 52(8):756-764
- 26) 一瀬篤. 「妊娠・出産包括支援事業」とは. 保健師ジャーナル 2016; 72(1):8-13
- 27) 渡辺好恵. 切れ目のない養育支援こそが市区町村の子ども虐待対策ー通告から養育支援へのシフトチェンジャー. 小児科医療 2016; 69(12):209-217
- 28) 後藤拓. 基礎自治体における母子保健行政の現状と課題. 保健師ジャーナル 2016; 72(9):52-757
- 29) 山岸春江, 山崎洋子, 太田真里子. 文献から捉えた母子保健対策における保健師の役割. 山梨大学看護学会誌 2003; 1(2):1-6
- 30) 看護教育の内容と方法に関する検討会. 2010. 看護教育の内容と方法に関する検討会第一次報告.
<http://www.mhw.go.jp/shingi/2r9852000000w9a0-att/2r9852000000w9bh.pdf>

2015.7.20.

- 31)吉岡京子.保健師の実践能力.日本地域看護学会誌 2015;17(3):93-96
- 32)日本公衆衛生学会.公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会活動報告 「保健師のコアカリキュラムについて」 中間報告.日本公衆衛生雑誌 2005;52(8):756-764
- 33)厚生労働省.2011.新人看護職員ガイドライン～保健師編～.
www.mhlw.go.jp/stf/houdou/...att/2r985200000128w7.pdf 2017.5.1
- 34)国立保健医療科学院.2016. 保健師の人材育成ガイドライン.
www.niph.go.jp/soshiki/10kenkou/hokenshi.pdf 2017.5.1
- 35)Public Health Section of the American Public Health Association(PHN APHA).
www.apha.org/apha.../member.../public-health-nursing 2017.5.1
- 36)Hamilton,P.A. Theory development in community health nursing: issues and recommendations.Sch.Ing.Nurs.Pract. 1988 ;2:145-165
- 37)Joyce V. Zerwekh. A Family Caregiving Model for Public Health Nursing. Nursing Outlook1991; 39(5):213-217
- 38)Joyce. V.Zerwekh. Laying the groundwork for family self-help : locating families, building trust, and building strength.Pubic Health Nursing 1992; 9(1):15-21
- 39)Smithbattle.L. Drake M. A.Diekemper M. The responsive use of self in community health nursing practice. Advances in Nursing Science 1997;20(2):75-89
- 40)佐藤紀子.家族のケア力を高める看護援助に関する研究千葉看護学会誌.2004;10(1):1-9
- 41)入江安子.保健師の家族アセスメントの分析.日本在宅ケア学会誌 2001;4(3):87-95
- 42)鈴木恵子,亀岡智美,定廣和香子.在宅看護場面における看護職の行動に関する研究－保健師とクライアントの相互行為に焦点を当てて－.看護教育学研究 2002;11(1):12-25
- 43)田村須賀子.看護職の意図と行為により捉えた家庭訪問の家庭・地域生活に見合った援助の特徴.家族看護学研究 2009;15(1):30-40
- 44)入江安子,津村智恵子.保健師の家族看護介入能力に関する研究.家族看護 2004;2(2):138-147
- 45)高橋美砂子.熟練保健師の家庭訪問における支援技術 思考と行動の特徴.日本看護科学学会誌 2010;30(1)3:4-41
- 46)山岸春江,山崎洋子,太田真里子.文献から捉えた母子保健対策における保健師の役割.山梨大学看護学会誌 2003;1(2):1-6

- 47)渡部綾,工藤節美.育児不安をもつ母親への保健所の効果的介入 家庭訪問における初期の関わりに着目して.保健師ジャーナル 2007;63(3):280-285
- 48)小尾栄子,文珠紀久野.広汎性発達障害児を育てている家族への支援 第一報～山梨県下で保健師が行う乳幼児期支援の実際から～.小児保健研究 2011;70(5):637-645
- 49)中山かおり,斎藤泰子.発達障害児とその家族に対する保健師の支援技術の明確化 就学前の子どもの社会性を身につけるための支援.小児保健研究 2007;66(4):516-523
- 50)中山かおり,斎藤泰子,牛込美和子.就学前の発達障害児とその家族に対する保健師の支援技術構造の明確化－支援の開始から保護者の障害受容までの支援に焦点を当てて－.日本地域看護学会誌 2008;11(1):59-67
- 51)高橋圭子,斎藤恵美子.発達障害児の就学支援における保健師の役割の検討.保健師ジャーナル 2008;64:64-69
- 52)前掲書 48)
- 53)岡田尚美,和泉比佐子,松原三智子ら.発達課題のある子どもや育児不安を持つ母親を集団の場につなぐ保健師の活動.北海道公衆衛生雑誌 2011;25(2):95-100
- 54)Olds D.L, Henderson C.R., Tatelbaum R. Chamberlin R. Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: a randomized trial of nurse home visitation. Pediatrics 1986; 77(1):16-28
- 55)上野昌江,山田和子,山下裕美子.児童虐待防止における保健師の家庭訪問による支援内容の分析.母親との信頼関係構築に焦点をあてて.子どもの虐待とネグレクト 2006;8(2):280-289
- 56)荒井葉子,安武繁,笠置恵子ら.児童虐待防止のための医療機関と地域保健機関の看護職の支援と連携.人間と科学 県立広島大学保健福祉学部誌 2008;8(1):101-115
- 57)本郷美由紀,津村智恵子,上野昌江.児童虐待のためのマザーグループを活用した保健師による家族支援.家族看護学研究 2008;13(3):143-149
- 58)清水光子,和泉比佐子,波川京子.継続的に養育支援が必要な家族への保健師の援助の実際.日本地域看護学会誌 2013;16(2):55-54
- 59)Zarit, SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relative of the Impaired Elderly :Correlate of Feeling of Burden. Gerontologist 1980; 20: 649-655
- 60)斎藤恵美子,國崎ちはる,金川克子.家族介護者の介護に対する肯定的側面と継続意志に関する検討.日本公衆衛生雑誌 2001;48(3):180-189
- 61)櫻井成美.介護肯定感がもつ負担軽減効果.心理学研究 1999;203-210

- 62)長谷川喜代美. 家族介護における主介護者の肯定的認識に着目した看護援助に関する研究.
千葉看護学会誌 2003;9(1):8-16
- 63)Kimura H, Tamoto T, Kanzaki N, et al. Burnout and characteristics of mental health of
caregivers of elderly dementia patients. J Rural Med 2011; 6(2): 47-53
- 64)原礼子,鈴木和子,式守晴子ら.高齢認知症患者を抱える家族のシステム対処の特徴.日本家族
看護学会第17回学術集会講演集 2010;142
- 65)山本愛子,竹内登美子,新鞍真理子. 東海北陸地方におけるアルツハイマー型認知症高齢者
を介護する家族の心身健康度に関する研究—要介護者の重症度と主介護者の心身健康度に
焦点を当てて.日本看護福祉学会誌 2015; 20(2):113-125
- 66)大船朋美,知見圭子,飯島俊美ら. 難病患者・家族支援において保健所保健師が果たしている
役割・機能.保健師ジャーナル 2007;63(6):552-557
- 67)時長美希,野嶋佐由美. 地域における難病患者の家族に対する看護活動の分類—保健師と訪
問看護師の特徴—.家族看護学研究 2011;16(3):136-145
- 68)新井信之. 精神障害者を抱えた家族の自立に向けた看護支援の特徴と構造—地域における
保健師の個別支援活動に焦点を当てて—.順天堂医療短期大学紀要 2003;14:75-84
- 69)兼平朋美,中本厚子,西川美知江ら. 精神障害者を対象とした保健師の家庭訪問に必要なス
キルに関する検討.保健師ジャーナル 2010;66(2):134-143
- 70)蔭山正子,代田由美,藤賀美枝子ら. 統合失調症の本人を治療につなげる際の行政専門職に
よる家族支援.日本公衆衛生雑誌 5 2012;9(4):259-268
- 71)吉岡京子,荒井澄子. 治療中断のおそれのある精神障害者を医療につなげる際の保健師の技
術の解明—保健師による対象への個別支援の展開過程に焦点を当てて—.日本地域看護学会
誌 2010;13(1):68-75
- 72)吉岡照子,柳澤尚代. 精神保健福祉相談で近隣苦情が出た人の支援に向け家族を支援するた
めの課題分析の視点.保健医療科学 2012;61(2):166-175
- 73)佐伯和子,和泉比佐子,宇座美代子ら.行政機関に働く保健師の専門職遂行能力の測定用具の
開発.日本地域看護学会誌 2003;6(1):32-39
- 74)大倉美佳.行政機関に従事する保健師に期待される実践能力に関する研究—デルファイ法
を用いて—.日本公衆衛生雑誌 2004;51(12):1018-1031028
- 75)岩本里織,岡本玲子,塩見美抄.「公衆衛生基本活動遂行尺度」の開発と信頼性・妥当性の検
証—保健師の全国調査結果から.日本公衆衛生雑誌 2008;55(9):629-639

- 76)塩見美抄,岡本玲子,岩本里織. 事業・社会資源創出に関する保健師のコンピテンシー評価尺度の開発信頼性・妥当性の検討.日本公衆衛生雑誌 2009;56(6):391-401
- 77)鈴木由里子,田高悦子:行政保健師の施策化能力評価尺度の開発.日本公衆衛生雑誌 2014;61(6):275-285
- 78)岡本玲子,岩本里織,塩見美抄ら.保健師の専門性発展尺度の開発と信頼性・妥当性の検証.日本公衆衛生雑誌 2010;57(5):355-35
- 79)岡本玲子,鳩野洋子,小出恵子ら.保健活動の必要性を見せる行動尺度の開発.日本公衆衛生雑誌 2015;62(6):271-280
- 80)市町村保健活動の再構築に関する検討会.2007.市町村保健活動の再構築に関する検討会報告書.<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/s0330-8.html> 2015.4.30
- 81)鳩野洋子,鈴木浩子,真崎直子.市町村統括保健師の役割遂行尺度の開発.日本公衆衛生雑誌 2013;60(5):275-284
- 82)鈴木和子,渡辺裕子.家族看護学 理論と実践第4版.東京.日本看護協会出版会 2012
- 83) Hanson,Shirely. Family Health Care Nursing:Theory, Practice, and Research fifth edition, F.A.DavisCompany. America 2015
- 84)安田江美,中原淳.中堅看護師からの支援が新人看護師の入職初期の臨床実践能力に及ぼす影響.医療職の能力開発 2015;3 (2) :83-98
- 85)岩本里織,岡本玲子,塩見美抄.「公衆衛生基本活動遂行尺度」の開発と信頼性・妥当性の検証ー保健師の全国調査結果から.日本公衆衛生雑誌 2008;55(9):629-639
- 86)塩見美抄,岡本玲子,岩本里織. 事業・社会資源創出に関する保健師のコンピテンシー評価尺度の開発信頼性・妥当性の検討.日本公衆衛生雑誌 2009;56(6):391-401
- 87)岡本玲子,岩本里織,塩見美抄ら.保健師の専門性発展尺度の開発と信頼性・妥当性の検証.日本公衆衛生雑誌 2010;57(5):355-35
- 88)佐伯和子,和泉比佐子,宇座美代子ら.行政機関に働く保健師の専門職遂行能力の測定用具の開発.日本地域看護学会誌 2003;6(1) : 32-39
- 89)関美雪,石崎順子,頭川典子.保健師の保健計画・施策化能力:中堅保健師の事業評価および評価結果の活用に関する能力.埼玉県立大学紀要 2007;9:35-39
- 90)大倉美佳,野呂千鶴子,荻田美穂子ら.行政分野で働く保健師のキャリア志向尺度の開発および基本属性との関連.日本公衆衛生雑誌 2011;58(12):1026-1039
- 91)鈴木由里子,田高悦子.行政保健師の施策化能力評価尺度の開発.日本公衆衛生雑誌

2014;61(6):275-285

- 92)日本看護協会.2011.平成 22 年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書.
<http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/senkuteki/22-houkoku-2.pdf>. 2012.5.8.
- 93)Polit,D.F, Beck,C.T. Nursing Research, Principles and Methods.7th ed. Lippincott Williams&Wilkins.2004; 418:529
- 94)塩見美抄,岡本玲子,岩本里織. 事業・社会資源創出に関する保健師のコンピテンシー評価尺度の開発信頼性・妥当性の検討. 日本公衆衛生雑誌 2009;56(6):391-401
- 95)佐伯和子,和泉比佐子,宇座美代子ら.行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力の発達一経験年数群別の比較一.日本地域看護学会誌 2004;7(1):16-22
- 96)宮崎県保健婦(士)連絡協議会市町村部会.事業施策化パワーアップセミナーの取り組みから:目標管理を中心とした保健婦研修.地域保健 2001;32:24-47
- 97)松尾太加志,中村知靖.誰も教えてくれなかった因子分析.京都.北大路書房 2002
- 98)鈴木和子,渡辺裕子.家族看護学 理論と実践第4版.東京.日本看護協会出版会 2012
- 99)平野かよ子.公衆衛生看護における保健師のコンピテンシー.保健医療科学 2006;55(2):128-132
- 100)高尾茂子.地域保健行政で働く保健師の専門能力形成の要因分析一保健師の経験“語り”調査から一.ヒューマンケア研究学会誌 2013;5(1):47-54
- 101)安田江美,中原淳.中堅看護師からの支援が新人看護師の入職初期の臨床実践能力に及ぼす影響.医療職の能力開発 2015;3(2):83-98
- 102)岩本里織,岡本玲子,塩見美抄.「公衆衛生基本活動遂行尺度」の開発と信頼性・妥当性の検証一保健師の全国調査結果から.日本公衆衛生雑誌 2008;55(9):629-639
- 103)塩見美抄,岡本玲子,岩本里織. 事業・社会資源創出に関する保健師のコンピテンシー評価尺度の開発信頼性・妥当性の検討.日本公衆衛生雑誌 2009;56(6):391-401
- 104)岡本玲子,岩本里織,塩見美抄ら.保健師の専門性発展尺度の開発と信頼性・妥当性の検証.日本公衆衛生学会誌 2010;57(5):355-35
- 105)Knowles,MS. The modern practice of adult education:from pedagogy to andragogy .2nd Ed.New York.NY:Cambridge.The Adult Education2002
- 106)村松照美,渡辺勇弥.市町村新任保健師と熟練保健師の対話リフレクションの意味.山梨県立大学看護学部紀要 2008;10:49-58

- 107)澤本和子. 教師の成長とネットワーク.東京.ぎょうせい.1999:127-137
- 108)関美雪,石崎順子,頭川典子.保健師の保健計画・施策化能力：中堅保健師の事業評価および評価結果の活用に関する能力.埼玉県立大学紀要 2007;9:35-39
- 109)大倉美佳,野呂千鶴子,荻田美穂子ら.行政分野で働く保健師のキャリア志向尺度の開発および基本属性との関連.日本公衆衛生雑誌 2011;58(12):1026-1039
- 110)鈴木由里子,田高悦子.行政保健師の施策化能力評価尺度の開発.日本公衆衛生雑誌 2014;61(6):275-285
- 111)日本看護協会.2011.平成 22 年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書.
<http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/senkuteki/22-houkoku-2.pdf>. 2014.5.8
- 112)小林恵子.地域母子保健事業における子ども虐待防止・早期発見における保健師の取り組みと課題.新潟県立看護大学学長特別研究費平成 14 年度研究報告 2003:85-88
- 113)村瀬洋一,高田洋,廣瀬毅士.SPSSによる多変量解析.東京.オーム社.2007
- 114)鈴木和子,渡辺裕子. 家族看護過程の展開,事例に学ぶ家族看護学第 2 版.Chapter2.東京.廣川出版 1999:19-40
- 115)Joyce V. Zerwekh. A Family Caregiving Model for Public Health Nursing. Nursing Outlook1991;39(5):213-217
- 116)高尾茂子. 地域保健行政で働く保健師の専門能力形成の要因分析－保健師の経験“語り”調査から－.ヒューマンケア研究会誌 2013;5(1):47-54
- 117)上野昌江,山田和子,山本裕美子. 児童虐待防止における保健師の家庭訪問による支援内容の分析－母親との信頼関係構築に焦点を当てて－.子どもの虐待とネグレクト 2006;8(2):280-289
- 118)杉下知子.家族看護学入門.東京.メヂカルフレンド社 2000:63-69
- 119)有本梓. 児童虐待に対する保健師活動に関する文献レビュー.日本地域看護学会誌 2007;9(2):37-45
- 120)佐藤拓代. 平成13年度厚生科学研究補助金「子ども家庭総合研究事業」地域における子どもの虐待の予防・早期発見・援助に係る研究報告書.子ども虐待予防のための保健師活動マニュアル 2002:7-9
- 121)高城智圭.保健師による乳幼児を育てる母親への継続支援の特徴.第46回日本看護学会論文集 ヘルスプロモーション2016;3-6
- 122)野嶋佐由美監修.家族エンパワーメントをもたらし看護実践.東京.へるす出版2005;

- 123)益邑千草. 母子保健活動における継続的支援と母子保健情報の活用に関する研究.妊娠届時の情報把握に関する研究.日本子ども家庭総合研究所紀要2012;49:1-14
- 124)中原洋子,上野昌江,大川聡子. 支援が必要な母親への妊娠中からの保健師の支援—妊娠届時等の保健師の判断に焦点を当てて—.日本地域看護学会誌2016;19(3):70-78
- 125)都筑千景.援助の必要性を見極める—乳幼児健診で熟練保健師が用いた看護技術.日本看護科学会誌2004;24(2):3-12
- 126)松原三智子. 1歳6か月児健康診査で保健師が気になる母親の様子.北海道科学大学研究紀要2015;第39号:1-8
- 127)鈴木浩子,斉藤恵美子. 子ども虐待予防に向けた保健師の家庭訪問の支援による母親の変化.日本公衆衛生看護学会誌2015;4(1):32-40
- 128)當山裕子,外間千香子,小笹美子ら. 母子保健推進員が行う訪問活動への行政保健師の関わり.第46回日本看護学会論文集—ヘルスプロモーション 2016;11-14
- 129)金藤亜希子,宮腰由紀子,小野ミツ. 連携する他職種が捉える保健師像—保健師教育の方向性を探る—.日本看護研究学会誌 2011;34(2):109-118
- 130)日本看護協会.新版保健師業務要覧—第2版—.東京.日本看護協会出版会 2008;239-242
- 131)福永一郎.保健と医療福祉の「連携」の促進要因に関する検討—地域での連携推進に向けて.平成10年度厚生省健康科学総合研究事業「保健行政サービスにおける医療・福祉との連携方策に関する実証的研究」報告書 1999;150-168
- 132)荒井葉子,安武繁,笠置恵子ら.児童虐待防止のための医療機関と地域保健機関の看護職の支援と連携.人間と科学県立広島大学保健福祉学部誌 2008;8(1):101-115
- 133)岩本里織,岡本玲子,塩見美抄.「公衆衛生基本活動遂行尺度」の開発と信頼性・妥当性の検証—保健師の全国調査結果から.日本公衆衛生雑誌 2008;55(9):629-639
- 134)鈴木由里子,田高悦子. 行政保健師の施策化能力評価尺度の開発.日本公衆衛生雑誌 2014;61(6):275-285
- 135)岡本玲子,岩本里織,塩見美抄ら. 保健師の専門性発展力尺度の開発と信頼性・妥当性の検証.日本公衆衛生学会誌 2010;57(5):355-365
- 136)ピーター・M・センゲ(枝廣淳子訳). 学習する組織.システム思考で未来を創造する.東京.英治出版 2011;315-365
- 137)Harvard Business Review(DIAMOND ハーバード・ビジネス・レビュー編集部訳). ナレ

ッジ・マネジメント.東京.ダイヤモンド社 2000;71-108

138)藤田美江,宮崎美砂子,石丸美奈. 行政保健師の現任教育に関する国内文献の検討—研究の実態と研究方法の特徴に焦点をあてて—.千葉看護学会誌2013;19(1):27-34

139)厚生労働省. 2016.保健師に係る研修のあり方等に関する検討会最終とりまとめ～自治体保健師の人材育成体制構築の推進に向けて～.

www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou.../0000120158.pdf 2016.5.25

140)根岸薫,麻原きよみ,柳井晴夫.「行政保健師の職業的アイデンティティ尺度」の開発と関連要因の検討.日本公衆衛生雑誌 2010;57(1):27-38

141)井伊久美子. 保健師活動とは,新版保健師業務要覧第3版,東京.日本看護協会出版会.2013;2-5

142)麻原きよみ,大森純子,小林真朝ら.保健師教育機関卒業時における技術項目と到達度.日本公衆衛生学雑誌 2010;57(3):184-194

143)公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会.公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会活動報告「保健師のコアカリキュラムについて」.日本公衆衛生学会誌 2005;52(8):756-764

144)厚生労働省.2016. 保健師に係る研修のあり方に関する検討会.保健師に係る研修のあり方に関する検討会最終取りまとめ.

<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka>
2016.5.1

145)Sovie, M. Fostering professional nursing careers in hospital: the role of staff development ,Part1.The Journal of Nursing Administration 1982;12(12):5-10

146)前掲書 24)

147)前掲書 25)

148)厚生労働省. 2016.保健師に係る研修のあり方等に関する検討会最終とりまとめ～自治体保健師の人材育成体制構築の推進に向けて～.

www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou.../0000120158.pdf 2016.5.25

資料リスト

研究 1 に関する資料

- 資料 1-1. 面接調査依頼文書（施設長あて）
- 資料 1-2. 面接調査依頼文書（保健師あて）
- 資料 1-3. インタビューガイド
- 資料 1-4. 面接調査への同意書
- 資料 1-5. 面接調査の同意撤回書
- 資料 1-6. 質問紙調査依頼文書（施設長あて）
- 資料 1-7. 質問紙調査依頼文書（保健師あて）
- 資料 1-8. 研究概要
- 資料 1-9. 質問紙調査（再テスト法）依頼文書
- 資料 1-10. 質問紙「市区町村保健師の家族支援能力に関する調査票」

研究 2 に関する資料

- 資料 2-1. 質問紙調査依頼文書（施設長あて）
- 資料 2-2. 質問紙調査依頼文書（保健師あて）
- 資料 2-3. 研究概要
- 資料 2-4. 質問紙「母子保健業務を担う行政保健師の家族支援に関する調査票」